

ЗАПРОС НА ОТЧЕТ О РАСКРЫТИИ ИНФОРМАЦИИ

Дата запроса:	
Имя участника:	Фамилия участника:
Идентификационный номер участника SFHP:	Дата рождения:
Почтовый адрес участника:	
Сторона, которая будет раскрывать информацию: San Francisco Health Plan P.O. Box 194247 San Francisco, CA 94119	
Я хочу запросить отчет о раскрытии информации за следующий период времени:	
С:	До:
Если вам нужен отчет только о раскрытии информации определенного типа или о раскрытии информации определенному лицу или организации, укажите, какой именно отчет вы хотите получить:	
<i>Я понимаю, что отчет будет предоставлен мне в течение 60 дней с даты этого запроса, если только SFHP не продлит этот срок еще на 30 дней, для чего в письменном виде сообщит мне причину задержки и срок, в который может быть предоставлен отчет. Я разрешаю представителям SFHP позвонить мне, чтобы задать вопросы в связи с этим отчетом.</i>	
Подпись пациента или личного представителя (Если подписывает представитель, указать, кем приходится пациенту):	Дата:
Номер телефона:	

FOR SFHP USE ONLY	
Date Received:	Date Sent:
Name of SFHP Employee Processing Request:	Title:

Вы можете запросить этот документ в альтернативном формате, например, набранный шрифтом Брайля, крупным шрифтом и в форме аудиозаписи. Чтобы попросить предоставить информацию в другом формате или при необходимости помощи в чтении данного документа и прочих материалов SFHP следует обращаться в Отдел обслуживания клиентов по телефону **1(415) 547-7800** или на бесплатный номер **1(800) 288-5555**. Если у вас имеются нарушения слуха, пожалуйста, позвоните по номеру TTY **711**.