



**FORM NG KASUNDUAN PARA SA PERSONAL NA KINATAWAN NG
SAN FRANCISCO HEALTH AUTHORITY**

Inaatasan ng pederal na batas ang San Francisco Health Plan (SFHP) na protektahan ang pagkapribado ng impormasyon na tumutukoy sa iyo o nauugnay sa iyong nakaraan, kasalukuyan, at hinaharap na pisikal at mental na kalusugan at mga kundisyon (“protektadong impormasyon sa kalusugan”).

Sa pamamagitan ng pagsagot sa form na ito, maitatalaga sa iyo ang pipiliin mong Personal na Kinatawan. Ang iyong Personal na Kinatawan ay mapahihintulatang gumawa ng mga desisyon o kahilingang nauugnay sa pangangalagang pangkalusugan para sa iyo.

Sa pamamagitan ng pagsagot sa form na ito, mapapayagan ang indibidwal na kumilos bilang iyong Awtorisadong Kinatawan para sa karaingan o apela, kabilang ang mga karapatan sa anumang panlabas na pagsusuri na magagamit mo.

Punan ang lahat ng impormasyon sa form na ito. Hindi ka makakakuha ng Personal na Kinatawan kung may kulang na impormasyon sa form. Pinapanatiling ligtas at pribado ng San Francisco Health Plan (SFHP) ang iyong impormasyon sa kalusugan.

- Sumasang-ayon ka na gusto mo ng Personal na Kinatawan. Naiintindihan mo na hindi mo kailangang lagdaan ang form na ito. Sumasang-ayon kang lumagda sa form na ito kung magpapasya kang kumuha ng Personal na Kinatawan.

Hindi ibabatay ng SFHP ang aking paggamot, pagbabayad, pagpapatala, o pagiging kwalipikado para sa mga benepisyo sa paglagda sa pahintulot na ito. Maaari mong kanselahin ang pahintulot na ito anumang oras. Maaari mong bawiin nang pasalita o sa pamamagitan ng pagsulat. Nauunawaan mo na ang iyong pagbawi sa Personal na Kinatawan ay hindi mailalapat sa anumang impormasyon na nailabas na batay sa pahintulot na ito.

- Hindi ibabahagi ng SFHP ang iyong medikal na impormasyon tungkol sa mga Sensitibong Serbisyo sa sinuman nang walang nakasulat na kasunduan sa iyo. Hindi mo kailangang kunin ang pahintulot ng ibang tao para makatanggap ng mga Sensitibong Serbisyo o magsumite ng claim para sa mga Sensitibong Serbisyo kung may karapatan kang magbigay ng pahintulot. Posibleng kailanganin mong maabot ang partikular na edad o magkaroon ng sapat na kapasidad para magbigay ng pahintulot, depende sa uri ng mga Sensitibong Serbisyo.
 - Ang mga Sensitibong Serbisyo ay maaaring para sa kalusugan ng isip o pag-uugali, kalusugang sekswal at reproduktibo, mga impeksyong nakukuha sa pakikipagtalik (kabilang ang HIV at AIDS), problema sa alak o droga, pangangalaga sa transgender, at karahasan mula sa aking pamilya o partner.
 - Ang form na ito ay hindi nagpapahintulot sa pagbabahagi ng protektadong impormasyon sa kalusugan kabilang ang Mga Sensitibong Serbisyo. Kinakailangan ng hiwalay na form ng awtorisasyon para pahintulutan ang pagbabahagi ng protektadong impormasyon sa kalusugan, kabilang ang mga Sensitibong Serbisyo.
- Sumasang-ayon ka na mananatiling may bisa ang awtorisasyong ito habang ikaw ay nakatala sa SFHP, na may mga pagbubukod na nakasaad sa form na ito tulad ng petsa ng pag-expire at ang iyong karapatan na bawiin ang awtorisasyon anumang oras.



- Maaaring magpasya ang SFHP na itigil ang iyong Personal na Kinatawan. Ititigil ng SFHP ang iyong Personal na Kinatawan kung may makatwirang paniniwala na:
 - 1) Ikaw ay napapailalim sa karahasan sa tahanan, pang-aabuso, o kapabayaang taong iyon,
 - 2) Ang pagtrato sa gayong tao bilang Personal na Kinatawan ay maaaring maglagay sa iyo sa panganib, o
 - 3) Sa pagsasagawa ng propesyonal na paghatol, magpapasya ang SFHP na hindi para sa iyong pinakamahasag na interes na tratuhin ang itinalagang indibidwal bilang iyong Personal na Kinatawan.
- May karapatan kang makatanggap ng kopya ng pahintulot na ito kapag hiniling mo.

Pagkatapos mong lagdaan ang form na ito, magtabi ng kopya para sa iyo.

**I-mail o i-fax ang form sa:
San Francisco Health Plan
Attn: Compliance Officer
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119
Fax: 1(415) 547-7825**

Sumasang-ayon ako sa paggamit ng Personal na Kinatawan na pinangalanan sa ibaba:

Aking Impormasyon:

Pangalan ko: _____ Petsa ng Kapanganakan ko: _____

Address ko: _____

Lungsod, Estado, Zip: _____ # ng Telepono: _____

Planong Pangkalusugan: _____ ID #: _____

Impormasyon ng Personal na Kinatawan:

Pangalan: _____ Petsa ng Kapanganakan: _____

Address: _____

Lungsod, Estado, Zip: _____ # ng Telepono: _____

Kaugnayan sa Miyembro: _____

**PETSA NG PAGSISIMULA AT PAGTATAPOS NG IYONG PERSONAL NA KINATAWAN**

(Pakisulat ang "N/A" kung hindi mo nais na itigil ang paggamit ng isang personal na kinatawan sa isang partikular na petsa.)

Huwag kalimutan: Maaari mong tapusin ang paggamit ng isang Personal na Kinatawan anumang oras.

Ang Aking Personal na Kinatawan ay magsisimula sa _____

at magtatapos sa _____

MGA LAGDA

Petsa: _____ Oras: _____ AM/PM

Lagda: _____
(Aking Impormasyon)

Petsa: _____ Oras: _____ AM/PM

Lagda: _____
(Aking Personal na Kinatawan)

Tungkulin ng California Department of Managed Health Care ang pangangasiwa ng mga plano ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan. Kung mayroon kang karaingan laban sa iyong planong pangkalusugan, dapat ka munang tumawag sa iyong planong pangkalusugan sa **(1-415-547-7800)** o **(1-800-288-5555)** a at gamitin ang proseso ng karaingan ng iyong planong pangkalusugan bago makipag-ugnayan sa departamento. Ang paggamit sa pamamaraan ng karaingan na ito ay hindi nagbabawal sa anumang mga posibleng legal na karapatan o remedyo na maaari mong gamitin. Kung kailangan ninyo ng tulong sa isang karaingan sangkot ang isang emergency, isang karaingan na hindi kasiyasiyang nalutas ng inyong planong pangkalusugan, o isang karaingan na nananatiling hindi nalulutas nang mahigit sa 30 araw, maaari kayong tumawag sa departamento para sa tulong. Maaari ka ring maging kwalipikado para sa Independiyenteng Pagrerepasong Medikal (Independent Medical Review IMR). Kung kwalipikado ka para sa IMR, magbibigay ang proseso ng IMR ng walang pinapanigang pagrerepaso ng mga medikal na desisyon na ginawa ng isang planong pangkalusugan na nauugnay sa medikal na pangangailangan para sa isang panukalang serbisyo o paggamot, mga desisyon sa coverage para sa mga paggamot na pag-eeksperimento o pagsisiyasat at mga pagtatalo sa bayad para sa mga medikal na serbisyong pang-emergency o agarang kinakailangan. Mayroon ding toll-free na numero ng telepono ang departamento **(1-888-466-2219)** at isang TDD line **(1-877-688-9891)** para sa mga may kahirapan sa pandinig at pagsasalita. Ang internet website ng departamento na **www.dmhc.ca.gov** ay may mga form para sa reklamo, form ng aplikasyon sa IMR, at mga tagubilin online.

Matutulungan ka ng "Opisina ng Ombudsman" ng Medi-Cal Managed Care ng Estado sa anumang tanong. Maaari mo silang tawagan sa **1(888) 452-8609**. Ang mga Oras ng Operasyon ay Lunes hanggang Biyernes, 8:00am hanggang 5:00pm PST, hindi kasama ang mga holiday.

Maaari ka ring humingi ng tulong mula sa inyong doktor, o tumawag sa Departamento ng Serbisyo sa Customer ng SFHP sa **1(415) 547-7800**, **1(800) 288-5555** (toll-free) o sa TTY **1(888) 883-7347**. Ang aming mga oras ng opisina ay mula 8:30am hanggang 5:30pm, Lunes hanggang Biyernes.