



SAN FRANCISCO HEALTH AUTHORITY
MẪU THỎA THUẬN DÀNH CHO ĐẠI DIỆN CÁ NHÂN

Luật liên bang yêu cầu San Francisco Health Plan (SFHP) phải bảo vệ quyền riêng tư về thông tin nhận diện quý vị và thông tin liên quan đến các bệnh cũng như sức khỏe tinh thần và thể chất của quý vị trong quá khứ, hiện tại và tương lai (“thông tin sức khỏe được bảo vệ”).

Đây là biểu mẫu để quý vị chỉ định Đại diện Cá nhân theo lựa chọn của mình. Đại diện Cá nhân của quý vị sẽ được ủy quyền đưa ra các quyết định liên quan đến việc chăm sóc sức khỏe hoặc yêu cầu thay mặt quý vị.

Việc điền mẫu đơn này cũng cho phép người này làm Người Đại diện được Ủy quyền của quý vị trong các trường hợp khiếu nại hoặc kháng nghị, kể cả quyền yêu cầu xét duyệt bên ngoài dành cho quý vị.

Điền tất cả thông tin trên biểu mẫu này. Nếu bị thiếu thông tin trong biểu mẫu này thì quý vị sẽ không chỉ định được Đại diện Cá nhân. San Francisco Health Plan (SFHP) phải lưu giữ an toàn và bảo mật thông tin sức khỏe của quý vị.

- Quý vị đồng ý là quý vị muốn có một Đại diện Cá nhân. Quý vị hiểu rằng quý vị không cần phải ký tên vào mẫu này. Quý vị chỉ đồng ý ký vào mẫu này nếu quý vị muốn có một Đại diện Cá nhân.

SFHP sẽ không đặt điều kiện cho việc điều trị, thanh toán, đăng ký hoặc tình trạng hội đủ điều kiện cho các quyền lợi dựa trên việc ký giấy ủy quyền này. Quý vị có thể hủy giấy ủy quyền này bất cứ lúc nào. Quý vị có thể rút lại ủy quyền bằng lời nói hoặc bằng văn bản. Quý vị hiểu rằng việc thu hồi lại giấy ủy quyền Đại diện Cá nhân sẽ không áp dụng cho bất kỳ thông tin nào đã được tiết lộ dựa trên giấy ủy quyền này.

- SFHP sẽ không chia sẻ thông tin y tế về các Dịch vụ Nhạy cảm của quý vị với bất kỳ người nào nếu không có sự đồng ý bằng văn bản của quý vị. Quý vị không cần phải xin phép người khác để nhận các Dịch vụ Nhạy cảm hoặc gửi yêu cầu về các Dịch vụ Nhạy cảm nếu quý vị có quyền chấp thuận. Quý vị có thể phải thuộc độ tuổi cụ thể hoặc có đủ năng lực để chấp thuận tùy vào loại Dịch vụ Nhạy cảm.
 - Dịch vụ Nhạy cảm có thể dành cho sức khỏe tâm thần hoặc hành vi, sức khỏe tình dục và sinh sản, bệnh lây truyền qua đường tình dục (bao gồm HIV và AIDS), vấn đề về rượu hoặc ma túy, chăm sóc người chuyển giới và bạo lực từ gia đình hoặc bạn tình của tôi.
 - Mẫu đơn này không cho phép chia sẻ thông tin sức khỏe được bảo vệ, kể cả Dịch vụ Nhạy cảm. Cần phải có một mẫu đơn ủy quyền riêng để cho phép chia sẻ thông tin sức khỏe được bảo vệ, kể cả Dịch vụ Nhạy cảm.



- Quý vị đồng ý rằng giấy ủy quyền này sẽ tiếp tục có giá trị trong thời gian quý vị tham gia SFHP, với các trường hợp ngoại lệ được nêu trong mẫu này như ngày hết hạn và quyền thu hồi lại ủy quyền của quý vị bất cứ lúc nào.
- SFHP có thể quyết định đình chỉ Đại diện Cá nhân của quý vị. SFHP sẽ chấm dứt quyền của Đại diện Cá nhân của quý vị nếu có lý do để tin rằng:
 - 1) Quý vị đang bị người đó bạo hành, lạm dụng hoặc bỏ bê,
 - 2) Việc coi người này là Đại diện Cá nhân có thể gây nguy hiểm cho quý vị hoặc
 - 3) Theo phán xét chuyên môn thì SFHP quyết định rằng người được chỉ định là Đại diện Cá nhân của quý vị không mang lại lợi ích tốt nhất cho quý vị.
- Quý vị có quyền lấy một bản sao giấy ủy quyền này khi yêu cầu.

Sau khi ký tên vào mẫu này, quý vị sẽ lưu lại một bản.

Sau đó gửi thư hoặc fax mẫu này tới:

San Francisco Health Plan

Attn: Compliance Officer

P.O. Box 194247

San Francisco, CA 94119

Fax: 1(415) 547-7825

Tôi đồng ý sử dụng Đại diện Cá nhân có tên dưới đây:

Thông tin của Tôi:

Tên của Tôi: _____ Ngày Sinh của Tôi: _____

Địa chỉ của Tôi: _____

Thành phố, Tiểu bang, Zip: _____ Số Điện thoại: _____

Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe: _____ Số ID: _____

Thông tin về Đại diện Cá nhân:

Tên: _____ Ngày Sinh: _____

Địa chỉ: _____

Thành phố, Tiểu bang, Zip: _____ Số Điện thoại: _____

Quan hệ với Hội viên: _____



NGÀY BẮT ĐẦU VÀ NGÀY KẾT THÚC ĐẠI DIỆN CÁ NHÂN

(Vui lòng viết “N/A” nếu quý vị không muốn ngừng sử dụng đại diện cá nhân vào một ngày nhất định.)

Xin nhớ: Quý vị có thể chấm dứt việc sử dụng Đại diện Cá nhân bất cứ lúc nào.

Đại diện Cá nhân của tôi bắt đầu vào ngày _____

và sẽ kết thúc vào ngày _____

CHỮ KÝ

Ngày: _____ Giờ: _____ AM/PM

Chữ ký: _____

(Thông tin của tôi)

Ngày: _____ Giờ: _____ AM/PM

Chữ ký: _____

(Đại diện Cá nhân của tôi)

California Department of Managed Health Care chịu trách nhiệm quản lý các chương trình bảo hiểm của dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu có khiếu nại đối với chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình thì trước hết quý vị nên gọi cho chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình theo số (1-415-547-7800) hoặc (1-800-288-5555) và sử dụng quy trình khiếu nại của chương trình bảo hiểm sức khỏe đó trước khi liên lạc với sở. Khi sử dụng quy trình khiếu nại này, quý vị không bị mất bất kỳ quyền hợp pháp hoặc biện pháp giải quyết nào có thể có dành cho quý vị. Nếu quý vị cần giúp giải quyết một khiếu nại liên quan tới trường hợp khẩn cấp, khiếu nại chưa được chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị giải quyết thỏa đáng hoặc quá 30 ngày mà khiếu nại vẫn không được giải quyết, thì quý vị có thể gọi cho sở để được trợ giúp. Quý vị cũng có thể đủ điều kiện để yêu cầu Kiểm tra Y khoa Độc lập (IMR). Nếu quý vị hội đủ điều kiện để yêu cầu IMR, quy trình IMR sẽ đưa ra xét duyệt khách quan về các quyết định y khoa của một chương trình bảo hiểm sức khỏe liên quan tới sự cần thiết về mặt y tế của dịch vụ hoặc biện pháp điều trị được đề nghị, các quyết định về bảo hiểm cho các biện pháp điều trị mang tính chất nghiên cứu hoặc thử nghiệm và các tranh chấp về việc thanh toán cho các dịch vụ y tế khẩn cấp hoặc cấp cứu. Sở này cũng có một số điện thoại miễn phí (1-888-466-2219) và đường dây TDD (1-877-688-9891) cho người khiếm thính và khiếm thanh. Trang web trên Internet của sở www.dmhc.ca.gov có mẫu đơn khiếu nại, mẫu đơn đăng ký IMR và các hướng dẫn trực tuyến.



“Văn phòng Thanh tra” Quản lý Chăm sóc Medi-Cal Tiểu bang có thể trợ giúp quý vị nếu có thắc mắc. Quý vị có thể gọi cho họ theo số **1(888) 452-8609**. Giờ Làm việc từ 8:00am đến 5:00pm PST, Thứ Hai đến Thứ Sáu, trừ ngày lễ.

Quý vị cũng có thể yêu cầu bác sĩ của mình trợ giúp hoặc gọi cho Phòng Dịch vụ Khách hàng của SFHP theo số **1(415) 547-7800**, **1(800) 288-5555** (miễn phí) hoặc TTY **1(888) 883-7347**. Giờ làm việc hành chính là từ 8:30am đến 5:30pm, Thứ Hai đến Thứ Sáu.