

SAN FRANCISCO HEALTH AUTHORITY

ФОРМА НАЗНАЧЕНИЯ ЛИЧНОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

Согласно требованию федерального законодательства San Francisco Health Plan (SFHP) обязан защищать конфиденциальность информации, которая позволяет установить вашу личность, а также имеет отношение к вашему прошлому, настоящему и будущему физическому и психическому здоровью и состояниям («защищенная медицинская информация»).

Заполнение данной формы позволяет вам назначить личного представителя по вашему выбору. Это лицо будет обладать полномочиями принимать решения, касающиеся медицинского обслуживания, а также подавать запросы от вашего имени. Ваш личный представитель будет иметь возможность использовать и разглашать вашу защищенную медицинскую информацию. **В случае предоставления не всех запрашиваемых данных настоящее разрешение будет считаться недействительным.**

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРАВАХ И ПРОЧАЯ ИНФОРМАЦИЯ

- Я понимаю, что не обязан (-а) заполнять данную форму для SFHP, если я не желаю назначить личного представителя. Назначение личного представителя является добровольным решением, и я могу отказаться подписывать данный документ.
- SFHP не должен ставить мое лечение, оплату, зачисление в план или право на льготы в зависимость от подписания данного разрешения.
- Я могу в любое время аннулировать настоящее разрешение. Отзыв разрешения может быть осуществлен в устной или письменной форме. Я понимаю, что мой отказ от личного представителя не будет распространяться на какую-либо информацию, которая уже была разглашена на основании настоящего разрешения.
- Информация, раскрытая на основании настоящего разрешения, может быть повторно раскрыта ее получателем и может больше не попадать под действие федеральных законов о защите конфиденциальности данных.
- Я понимаю, что данное разрешение будет иметь силу в течение всего срока моего участия в SFHP, в соответствии со всеми прочими параметрами, изложенными в данном разрешении, включая срок его действия и мое право на отзыв разрешения в любое время, и соглашаюсь с этим.

- SFHP может по собственному усмотрению не рассматривать назначенное лицо в качестве моего личного представителя, если: 1) будут объективные основания полагать, что я являюсь объектом домашнего насилия, домогательств или халатного отношения со стороны этого лица; 2) отношение к данному лицу как к моему личному представителю может представлять для меня опасность или 3) на основании собственной профессиональной оценки SFHP примет решение, что назначение данного лица в качестве моего личного представителя не в моих интересах.
- Я имею право по требованию получить копию настоящего разрешения.

После подписания документа просим вас сделать копию данного разрешения и сохранить в ваших документах, а затем отправить его обратно по факсу или почтой на адрес:

**San Francisco Health Plan
Attn: Compliance Officer
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119
Fax: 1(415) 547-7825**

СВЕДЕНИЯ О НАЗНАЧЕНИИ ЛИЧНОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

Настоящим я назначаю своего личного представителя в следующем порядке:

Сведения об участнике:

Имя и фамилия: _____ Дата рождения: _____

Адрес: _____

Город, штат, почтовый индекс: _____ Телефон: _____

План медицинского страхования: _____ Ид. №: _____

Сведения о личном представителе:

Имя и фамилия: _____ Дата рождения: _____

Адрес: _____

Город, штат, почтовый индекс: _____ Телефон: _____

Кем приходится участнику: _____

Настоящее разрешение распространяется на следующую защищенную медицинскую информацию и решения, связанные с медицинским обслуживанием (выберите *только* один вариант из предложенных далее):

- ☐ Вся защищенная медицинская информация и решения, касающиеся моей истории болезни, психического и физического состояния и получаемого лечения, *включая* анализы на синдром приобретенного иммунодефицита (AIDS) или HIV, консультации и (или) лечение, лечение от алкогольной и (или) наркотической зависимости, психиатрическое лечение и лечение проблем поведенческого характера, а также услуги по планированию семьи.
- ☐ Вся защищенная медицинская информация и решения, касающиеся моей истории болезни, психического и физического состояния и получаемого лечения, *за исключением анализов* на синдром приобретенного иммунодефицита (AIDS) или HIV, консультаций и (или) лечения, лечения от алкогольной и (или) наркотической зависимости, психиатрического лечения и устранения проблем поведенческого характера, а также услуг по планированию семьи.
- ☐ Только следующие типы защищенной медицинской информации и решения, связанные с защищенной медицинской информацией (включая любые даты):

ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ

Данное назначение личного представителя вступает в силу _____ и действительно до _____. (Напишите "N/A", если не желаете, чтобы полномочия вашего личного представителя истекали с наступлением определенной даты. **Напоминаем: вы можете в любое время отозвать свое разрешение на назначение личного представителя.**)

ПОДПИСЬ УЧАСТНИКА И ЛИЧНОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

Дата: _____ Время: _____ AM/PM

Подпись: _____
(участник)

Дата: _____ Время: _____ AM/PM

Подпись: _____
(Личный представитель)

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.