

ФОРМА РАЗРЕШЕНИЯ УЧАСТНИКА (-ЦЫ) MEMBER AUTHORIZATION FORM

Заполните эту форму для предоставления компании Providence Health Assurance (PHA) разрешения на передачу Ваших медицинских данных другим лицам. Для корректного заполнения информации в части А используйте свою идентификационную карту участника (ID-карту).



ЧАСТЬ А. СВЕДЕНИЯ ОБ УЧАСТНИКЕ (-ЦЕ) *(Укажите свои имя, фамилию и личную информацию)*

PART A: MEMBER INFORMATION *(Provide your name and personal information)*

Фамилия участника (-цы) Member Last Name	Имя участника (-цы) Member First Name	Инициал второго имени Middle Initial
Дата рождения участника (-цы) Member Date of Birth	Идентификационный номер участника (-цы) (см. ID-карту) Member Identification Number (see your ID card)	Номер группы (см. ID-карту) Group Number (see your ID card)
Адрес участника (-цы) с указанием улицы и номера дома Member Home/Street Address	Город, штат и почтовый индекс City, State, and Zip Code	Основной номер телефона Preferred Phone Number

ЧАСТЬ В. КОМУ МОЖЕТ БЫТЬ ПЕРЕДАНА МОЯ ИНФОРМАЦИЯ *(Укажите имена лиц, которые могут получать Ваши медицинские данные)*

PART B: INDIVIDUAL(S) WHO MAY RECEIVE MY INFORMATION *(Name of the individual(s) you are authorizing to receive your health information)*

Я понимаю, что все перечисленные ниже лица должны быть старше 18 лет.
I understand the below-named individual(s) must be 18 years of age or older.

1. Имя и фамилия уполномоченного лица: _____
Name of authorized individual:

Кем приходится участнику (-це): ☐ Супруг (-а) ☐ Партнер (-ша) ☐ Друг/подруга
☐ Лицо, осуществляющее уход ☐ Страховой брокер ☐ Другое
Relationship to Member: ☐ Spouse ☐ Domestic Partner ☐ Friend ☐ Caretaker ☐ Broker ☐ Other

2. Имя и фамилия уполномоченного лица: _____

Name of authorized individual:

Кем приходится участнику (-це): ☐ Супруг (-а) ☐ Партнер (-ша) ☐ Друг/подруга
☐ Лицо, осуществляющее уход ☐ Страховой брокер ☐ Другое
Relationship to Member: ☐ Spouse ☐ Domestic Partner ☐ Friend ☐ Caretaker ☐ Broker ☐ Other

3. Имя и фамилия уполномоченного лица: _____

Name of authorized individual:

Кем приходится участнику (-це): ☐ Супруг (-а) ☐ Партнер (-ша) ☐ Друг/подруга
☐ Лицо, осуществляющее уход ☐ Страховой брокер ☐ Другое
Relationship to Member: ☐ Spouse ☐ Domestic Partner ☐ Friend ☐ Caretaker ☐ Broker ☐ Other

ЧАСТЬ С. ЦЕЛЬ РАЗРЕШЕНИЯ (Укажите причину выдачи этого разрешения, отметив соответствующий пункт ниже)

PART C: PURPOSE OF MY AUTHORIZATION (Select your reason for making this authorization by checking the appropriate box below)

☐ Инициатива участника (-цы) (личная причина)
Member Request (personal reason)

☐ Другое (уточните): _____
Other (please specify):

ЧАСТЬ D. СВЕДЕНИЯ, КОТОРЫЕ МОЖЕТ ПЕРЕДАВАТЬ РНА (Отметьте ниже виды информации, которые Вы разрешаете нам раскрывать)

PART D: INFORMATION THAT CAN BE SHARED BY RHA (Select the information you are authorizing to release by checking the appropriate box(es) below)

☐ Апелляционные обращения
Appeals

☐ Льготы и объем страхового покрытия
Benefits and Coverage

☐ Информация о страховых случаях и выплатах
Claims and Payment Information

☐ Медицинские записи
Clinical Notes

☐ Диагнозы и медицинские процедуры
Diagnosis and Procedure

☐ Соответствие требованиям и регистрация в программе
Eligibility and Enrollment

- ☐ Финансовая информация
Financial
- ☐ Сведения о страховых взносах, помощь с вопросами/проблемами по счетам
Premium Information/Resolve Billing Questions/Problems
- ☐ Направления к специалистам и предварительное согласование медицинских услуг
Referrals and Preauthorizations for Medical Services
- ☐ Другое (уточните): _____
Other (please specify):

ЧАСТЬ Е. КОНФИДЕНЦИАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ, КОТОРУЮ МОЖЕТ ПЕРЕДАВАТЬ РНА *(Напишите свои инициалы напротив каждого вида конфиденциальной информации, которую Вы разрешаете передавать)*
PART E: SENSITIVE INFORMATION THAT CAN BE SHARED BY RHA *(Write your initials on the line next to each type of sensitive information you are authorizing to share)*

Если в наших системах хранится любая из указанных ниже категорий информации, ее использование и передача могут подпадать под действие дополнительных законодательных норм.

**Мне известно, что некоторые виды конфиденциальных сведений, в частности касающиеся употребления алкоголя/психоактивных веществ, находятся под защитой федеральных и региональных законов о конфиденциальности и не подлежат разглашению без моего письменного разрешения, за исключением случаев, установленных законодательством. Я понимаю и подтверждаю, что разглашению подлежат только те конфиденциальные сведения, напротив которых указаны мои инициалы.*

Сведения, касающиеся ВИЧ
(проведения тестов и лечения)
_____ HIV (testing and treatment)

Документация и сведения
о психиатрическом статусе
_____ Mental Health Data and Records

*Информация об употреблении алкоголя
и прочих психоактивных веществ
(диагностике, лечении, направлениях к
специалистам)
*Alcohol/Drug/Substance Use
_____ (diagnosis, treatment, referral information)

Данные о беременности
и родах (репродуктивном
здоровье)
Maternity/Pregnancy
_____ (reproductive health)

Генетическая информация (данные об
услугах и тестировании)
_____ Genetic Information (services or tests)

Сведения, касающиеся
инфекций, передающихся
половым путем (проведения
тестов и лечения)
Sexually Transmitted Illness/
Disease (testing and treatment)

Примечание. Вниманию родителей/законных опекунов несовершеннолетних: по законодательству некоторых штатов РНА может быть запрещено обрабатывать Ваш запрос о конфиденциальной информации без письменного согласия несовершеннолетнего (-ей) участника (-цы).

Please note: To parents/legal guardians of minors, some state laws may prohibit РНА from acting on your request about Sensitive Information without written authorization from the minor member.

Подпись несовершеннолетнего (-ей)
участника (-цы)
Minor Member's Signature

Дата
Date

ЧАСТЬ F. РАЗРЕШЕНИЕ НА СОВЕРШЕНИЕ ДЕЙСТВИЙ ОТ МОЕГО ИМЕНИ
(Нижче Вы можете отметить административные функции, которые будут выполнять от Вашего имени одно или несколько лиц, указанных в ЧАСТИ B)
PART F: PERMISSION TO ACT ON MY BEHALF *(You may authorize the individual(s) named in Part B to perform administrative functions on your behalf as indicated below)*

- ☐ Заказ новой идентификационной карты
Request a new ID card
- ☐ Изменение моего адреса
Change my address
- ☐ Выбор или изменение моего терапевта, получение от него информации
Inquire/choose/change my primary care provider
- ☐ Оформление/прекращение моего участия в плане
Enroll/disenroll me from the plan
- ☐ Корректировка неполных/недостоверных демографических данных (возраста, гендера, семейного статуса, расовой принадлежности)
Correct missing/erroneous demographic information (age, gender, marital status, race)

ЧАСТЬ G. ДАТА ИСТЕЧЕНИЯ СРОКА ДЕЙСТВИЯ ВАШЕГО РАЗРЕШЕНИЯ
(Настоящее разрешение действует в течение 3 (трех) лет с даты его подписания, если Вы не укажете более раннюю дату истечения этого срока)
PART G: DATE YOUR AUTHORIZATION EXPIRES *(This authorization will remain in effect for three (3) years from the date it is signed unless you specify an earlier expiration date)*

- ☐ 3 (три) года
Three (3) years
- ☐ Другая/более ранняя дата истечения срока (укажите):
Other/earlier expiration date (please specify): _____

Для жителей Калифорнии: Разрешение, выданное в Калифорнии, обычно действует 1 (один) год с даты подписания, если не указать другой срок. Максимальный срок действия, разрешенный РНА, составляет 3 (три) года.

California Residents: An authorization form in California generally expires one (1) year from the date it is signed unless a different expiration date is specified. The maximum expiration date permitted by PHA is three (3) years.

ЧАСТЬ Н. АННУЛИРОВАНИЕ РАЗРЕШЕНИЯ И ПОДТВЕРЖДЕНИЕ (Ваши права, связанные с данным разрешением, включая право на его аннулирование)
PART H: REVOCATION AND ACKNOWLEDGEMENT (Your rights related to this authorization, including the right to revoke your authorization)

Вы имеете право письменно аннулировать данное разрешение в любое время до даты его истечения. В случае аннулирования Вами настоящего разрешения использование и раскрытие Вашей информации для указанных здесь целей прекращается, за исключением действий, уже предпринятых РНА на основании Вашего предыдущего разрешения. Результаты использования и передачи Вашей информации, осуществленных на основании Вашего разрешения, отмене не подлежат.

Чтобы добавить уполномоченных лиц или изменить разрешение, Вы должны заполнить и подать новую форму разрешения. Для отмены существующего разрешения необходимо подать соответствующее письменное заявление. Аннулирование вступает в силу с момента обработки РНА Вашего письменного заявления. В заявлении должны быть указаны: Ваше полное имя, идентификационный номер участника (-цы) и дата рождения. Документ следует отправить на адрес: Providence Health Assurance, P.O. Box 5548, Portland, Oregon, 97228-5548.

Подписывая часть I, Вы делаете следующие заявления:

«Я понимаю, разрешаю и предоставляю компании Providence Health Assurance право использовать и передавать мои сведения на указанных выше условиях. Я подтверждаю, что подписываю эту форму разрешения добровольно. Я понимаю, что мне необязательно подписывать эту форму разрешения для получения лечения и осуществления платежей или прав на льготы от компании Providence Health Assurance.

Я понимаю, что после передачи моих данных уполномоченному лицу оно сможет использовать и раскрывать их, в результате чего они могут утратить защиту, предусмотренную федеральным законодательством. При этом я понимаю, что федеральное или региональное законодательство может устанавливать ограничения на повторное разглашение информации о тестировании на ВИЧ или их результатах, сведений о психиатрическом статусе, генетической информации, а также данных о наркологической диагностике, лечении или направлениях к специалистам».

ЧАСТЬ I. РАЗРЕШЕНИЕ УЧАСТНИКА (-ЦЫ) (Для оформления разрешения распишите и проставьте дату ниже)
PART I: MEMBER AUTHORIZATION (To finish your authorization, sign your name and write the date below)

Подпись участника (-цы)
Member's Signature

Дата
Date

Подпись уполномоченного законного представителя /
опекуна участника (-цы).
Member's Designated Legal Representative/Guardian Signature

Дата
Date

Кем приходится участнику (-це): ☐ Родитель несовершеннолетнего участника (-цы)
☐ *Законный опекун ☐ *Доверенность
Relationship to Member: ☐ Parent of a Minor ☐ *Legal Guardian ☐ *Power of Attorney

*Если эта форма подписывается не участником (-цей), следует приложить юридический документ, подтверждающий опекунство, или доверенность.
*If this form is signed by someone other than the member, please attach authorizing legal documentation of guardianship or power of attorney.

ЧАСТЬ J. ОТПРАВЬТЕ ЗАПОЛНЕННУЮ ФОРМУ В КОМПАНИЮ PROVIDENCE HEALTH ASSURANCE

PART J: RETURN THE COMPLETED FORM TO PROVIDENCE HEALTH ASSURANCE

Адрес электронной почты:	Факс:	Почтовый адрес:
memberauthorizationrequest@providence.org	503-574-8116	Providence Health Assurance Attn: Customer Service P.O. Box 5548 Portland, Oregon 97228-5548

С любыми вопросами обращайтесь в Providence Medicare Advantage Plans по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340. Линия для пользователей телетайпа: 711. Мы работаем без выходных с 8:00 до 20:00 (по тихоокеанскому времени). Мы не работаем по субботам и воскресеньям в период с 1 апреля по 30 сентября.

СОХРАНИТЕ КОПИЮ ЭТОЙ ФОРМЫ