

ការអនុញ្ញាត ដើម្បីប្រើ និង បើកសំដែង ព័ត៌មានសុខភាព



សេចក្តីជូនដំណឹងមកសមាជិក៖

- ការបំពេញទម្រង់បំពេញនេះ នឹងអនុញ្ញាតឱ្យ Health Net, LLC ដើម្បី (i) ប្រើព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក សំរាប់គោលបំណងអ្វីមួយ និង/ឬ (ii) ចែកចាយ ព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក ជាមួយបុគ្គល ឬអង្គការ ដែលអ្នកសំគាល់ នៅលើទម្រង់បំពេញនេះ។
- អ្នកមិនចាច់ចុះហត្ថលេខា ទម្រង់បំពេញនេះ ឬដើម្បីឱ្យការអនុញ្ញាត ដើម្បីប្រើ ឬចែកចាយព័ត៌មានសុខភាព របស់អ្នកឡើយ។ សេវា និងអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក ជាមួយ Health Net នឹងមិនផ្លាស់ប្តូរឡើយ បើសិនអ្នកមិនចុះហត្ថលេខា ទម្រង់បំពេញនេះ។
- សិទ្ធិដើម្បីលុបចោល (ដកហូត) ទម្រង់បំពេញ ការអនុញ្ញាត/ការយល់ព្រមនេះ គឺអាចដកហូតបាន នៅពេលណាមួយ លើកលែងតែចំពោះវិសាលភាព ដែល Health Net ឬអ្នកកាន់កាប់ព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក ដោយស្របច្បាប់ផ្សេងទៀត ដែលបានអនុញ្ញាត ដើម្បីចែកចាយ គឺបានប្រព្រឹត្តិហើយ ទៅតាមការយល់ព្រមរបស់អ្នក។ បើសិនអ្នកចង់លុបចោល ទម្រង់បំពេញការអនុញ្ញាតនេះ ត្រូវបំពេញ ទម្រង់បំពេញការដកហូត នៅទំព័រ 3 និងផ្ញើទៅ អាសយដ្ឋាន នៅខាងក្រោមនៃទំព័រ។
- Health Net មិនអាចសន្យា ថាមនុស្ស ឬក្រុម ដែលអ្នកអនុញ្ញាតឱ្យយើង ចែកចាយព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក នឹងមិនចែកចាយវា ជាមួយមនុស្ស ផ្សេងទៀតឡើយ។
- រក្សាទុកសំណៅ នៃទម្រង់បំពេញទាំងអស់ ដែលអ្នកផ្ញើមកយើង។ យើងអាចផ្ញើសំណៅឱ្យអ្នក បើសិនអ្នកត្រូវការវា។
- បំពេញព័ត៌មានទាំងអស់ នៅលើទម្រង់បំពេញនេះ។ នៅពេលអ្នកបានបំពេញចប់ ផ្ញើទៅអាសយដ្ឋាន នៅខាងក្រោមនៃទំព័រ 2។

ព័ត៌មានសមាជិក			
ឈ្មោះសមាជិក (អក្សរពុម្ព)៖			
ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើតសមាជិក៖	/	/	លេខ ID សមាជិក៖
ខ្ញុំឱ្យការយល់ព្រមទៅ Health Net ដើម្បីប្រើព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំ សំរាប់គោលបំណង ដែលមានឈ្មោះ និងចែកចាយ ព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំ ជាមួយមនុស្ស ឬក្រុម ដែលមានឈ្មោះខាងក្រោម។ គោលបំណងនៃការយល់ព្រម គឺដើម្បី៖			
<input type="checkbox"/> អនុញ្ញាត Health Net ដើម្បីជួយខ្ញុំ ជាមួយនឹងអត្ថប្រយោជន៍ និងសេវារបស់ខ្ញុំ។ <input type="checkbox"/> អនុញ្ញាត Health Net ដើម្បីប្រើ ឬចែកចាយ ព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំ សំរាប់ _____ ។			
មនុស្ស ឬក្រុម ដើម្បីទទួលព័ត៌មាន (ថែមមនុស្ស ឬក្រុម បន្ថែមទៀត នៅទំព័រ 2)			
ឈ្មោះ (មនុស្ស ឬក្រុម)៖			
អាសយដ្ឋាន៖			
ក្រុង៖	រដ្ឋ៖	ស៊ីប៖	ទូរស័ព្ទ៖
ខ្ញុំឱ្យការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំ សំរាប់ Health Net ដើម្បីប្រើ ឬចែកចាយព័ត៌មានសុខភាពខាងក្រោម៖			
<input type="checkbox"/> ព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំទាំងអស់ (រួមទាំងនេះ៖ ព័ត៌មានពូជពង្ស, សេវា ឬលទ្ធផលធ្វើតេស្ត។ វាក៏រួមទាំង ទិន្នន័យ និងកំណត់ត្រា នៃជំងឺ HIV/AIDS ព្រមទាំងទិន្នន័យ និងកំណត់ត្រានៃសុខភាពអារម្មណ៍ ប៉ុន្តែមិនមែនកំណត់ហេតុ នៃវិធីព្យាបាលចិត្តសាស្ត្រ។ ព័ត៌មានសុខភាពក៏រួមទាំង ទិន្នន័យ និងកំណត់ត្រានៃឱសថ/ថ្នាំ មានវេជ្ជបញ្ជា, និងទិន្នន័យ និងកំណត់ត្រានៃគ្រឿងញៀន និងសុវា)៖ ឬ <input type="checkbox"/> ព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំទាំងអស់ លើកលែងតែ (គ្រួសារអប់រំទាំងអស់ ដែលពាក់ព័ន្ធ)៖ <input type="checkbox"/> ព័ត៌មានពូជពង្ស, សេវា ឬការធ្វើតេស្ត <input type="checkbox"/> ទិន្នន័យ និងកំណត់ត្រានៃសុខភាពអារម្មណ៍ (ប៉ុន្តែមិនមែនកំណត់ហេតុ នៃវិធីព្យាបាលចិត្តសាស្ត្រ) <input type="checkbox"/> កំណត់ត្រា និងទិន្នន័យ នៃជំងឺ HIV/AIDS <input type="checkbox"/> ទិន្នន័យ និងកំណត់ត្រានៃឱសថ/ថ្នាំ មានវេជ្ជបញ្ជា <input type="checkbox"/> ទិន្នន័យ និងកំណត់ត្រានៃគ្រឿងញៀន និងសុវា <input type="checkbox"/> ទិន្នន័យ និងកំណត់ត្រានៃឱសថ/ថ្នាំ មានវេជ្ជបញ្ជា <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត៖ _____			

ការផុតកំណត់ នៃការអនុញ្ញាត

ការអនុញ្ញាតនេះ នឹងផុតកំណត់នៅ / / (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)។ វានឹងមានសុពលភាព ជាអតិបរិមាចំនួនមួយឆ្នាំ។
បើសិនមិនបានឲ្យកាលបរិច្ឆេទទេ វានឹងផុតកំណត់មួយឆ្នាំ ចាប់តាំងពីកាលបរិច្ឆេទខាងក្រោម។

ហត្ថលេខាសមាជិក (សមាជិក ឬអ្នកតំណាងស្របច្បាប់ ចុះហត្ថលេខាទីនេះ)៖	កាលបរិច្ឆេទ៖ / /
--	---------------------

បើសិនអ្នកកំពុងតែចុះហត្ថលេខា សំរាប់សមាជិក សូមរៀបរាប់ពីរបៀប ដែលអ្នកស្គាល់សមាជិកខាងក្រោម។ បើសិនអ្នក ជាអ្នកតំណាង ផ្ទាល់ខ្លួនរបស់សមាជិក សូមរៀបរាប់ខាងក្រោមនេះ។ ហើយផ្ញើឲ្យយើង នូវសំណើនៃទំរង់បំពេញទាំងនោះ (ដូចជា អ្នកមានសិទ្ធិអំណាច ឬបទបញ្ជាភាពអាណាព្យាបាល)។

មនុស្សផ្សេងទៀត ឬអង្គការ ដើម្បីទទួលព័ត៌មាន

កំណត់៖ បើសិនអ្នកកំពុងតែផ្តល់ការយល់ព្រម ដើម្បីបើកសំដី កំណត់ត្រារប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធអ្វីមួយ ទៅឲ្យអ្នកទទួល ដែលមិនមែនជា អ្នកបង់ប្រាក់ភាគីទីបី ឬមិនមែនអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាព, មន្ទីរ, ឬកម្មវិធី ដែលអ្នកទទួលសេវា មកពីអ្នកផ្តល់ការព្យាបាល, ដូចជា ការផ្តោះ ប្តូរធានារ៉ាប់រងសុខភាព ឬស្ថាប័នស្រាវជ្រាវ (អំណះទៅ “អង្គការអ្នកទទួល”) អ្នកត្រូវតែបញ្ជាក់ឈ្មោះនៃបុគ្គល ឬអង្គការ ដែលអ្នកទទួល សេវា មកពីអ្នកផ្តល់ការព្យាបាល នៅអង្គការអ្នកទទួល, ឬគ្រាន់តែថ្លែងថា កំណត់ត្រារប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធអ្វីមួយ អាចនឹងបានបើកសំដី ទៅ ឲ្យអ្នកផ្តល់ការព្យាបាល របស់អ្នកបច្ចុប្បន្ន និងនៅអនាគត នៅអង្គការអ្នកទទួលនោះ។

ឈ្មោះ (បុគ្គល ឬអង្គការ)៖

អាសយដ្ឋាន៖

ក្រុង៖	រដ្ឋ៖	ស៊ីប៖	ទូរស័ព្ទ៖
--------	-------	-------	-----------

ឈ្មោះ (បុគ្គល ឬអង្គការ)៖

អាសយដ្ឋាន៖

ក្រុង៖	រដ្ឋ៖	ស៊ីប៖	ទូរស័ព្ទ៖
--------	-------	-------	-----------

ឈ្មោះ (បុគ្គល ឬអង្គការ)៖

អាសយដ្ឋាន៖

ក្រុង៖	រដ្ឋ៖	ស៊ីប៖	ទូរស័ព្ទ៖
--------	-------	-------	-----------

ផ្ញើទំរង់បានបំពេញចប់ទៅ៖

Health Net Eligibility Department, P.O. Box 10420, Van Nuys, CA 91499-6208
ទូរស័ព្ទ៖ 800-275-4737, ទូរសារ៖ 844-222-3180

Health Net Community Solutions, Inc. គឺជាសាខានៃ Health Net, LLC និង Centene Corporation។
Health Net គឺជាសញ្ញាសេវាបានចុះបញ្ជីនៃ Health Net, LLC.។ រក្សាសិទ្ធិគ្រប់យ៉ាង។
FRM207452DH01w (5/21)

ការដកហូតនូវការអនុញ្ញាត ដើម្បីប្រើ និង/ឬ បើកសំដែង ព័ត៌មានសុខភាព



ខ្ញុំចង់លុបចោល ឬដកហូតការយល់ព្រម ដែលខ្ញុំបានឲ្យទៅ Health Net ដើម្បីប្រើព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំ សំរាប់គោលបំណងខ្លះ និងការយល់ព្រមដែលខ្ញុំបានឲ្យ ដើម្បីចែកចាយព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំ ជាមួយមនុស្ស ឬក្រុម។

មនុស្ស ឬក្រុម ដែលបានទទួលព័ត៌មាន			
ឈ្មោះ (មនុស្ស ឬក្រុម)៖			
អាសយដ្ឋាន៖			
ក្រុង៖	រដ្ឋ៖	ស៊ីប៖	ទូរស័ព្ទ៖
កាលបរិច្ឆេទ បានចុះហត្ថលេខាការអនុញ្ញាត (បើសិនដឹង)៖ / /			
ព័ត៌មានសមាជិក			
ឈ្មោះសមាជិក (អក្សរពុម្ព)៖			
ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើតសមាជិក៖ / /		ID សមាជិក #៖	
<p>ខ្ញុំយល់ថាព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំ ប្រហែលជាបានប្រើនៅឥឡូវនេះ ឬបានចែកចាយ ដោយសារការយល់ព្រម ដែលខ្ញុំបានឲ្យពីមុន (រួមទាំងកំណត់ត្រារប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀនរបស់ខ្ញុំ តាមតែត្រូវការ)។ ខ្ញុំក៏ដឹងដែរថា ការលុបចោលនេះ អនុវត្តទៅលើតែការយល់ព្រមដែលខ្ញុំបានឲ្យ ដើម្បីប្រើព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំ សំរាប់គោលបំណងខ្លះ ឬការយល់ព្រម ដើម្បីចែកចាយព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំ ជាមួយមនុស្ស ឬក្រុមប៉ុណ្ណោះ។</p> <p>វាមិនលុបចោល ទំរង់បំពេញការយល់ព្រមអ្វីផ្សេងទៀត ដែលខ្ញុំបានចុះហត្ថលេខា សំរាប់ព័ត៌មានសុខភាព ដែលត្រូវ៖</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. បានប្រើ សំរាប់គោលបំណងមួយទៀត។ 2. បានចែកចាយ ជាមួយមនុស្ស ឬក្រុមមួយទៀត។ 			
ហត្ថលេខាសមាជិក (សមាជិក ឬអ្នកតំណាងស្របច្បាប់ ចុះហត្ថលេខានេះ)៖		កាលបរិច្ឆេទ៖	
<p>បើសិនអ្នកកំពុងតែចុះហត្ថលេខា សំរាប់សមាជិក សូមរៀបរាប់ពីរបៀប ដែលអ្នកស្គាល់សមាជិកខាងក្រោម។ បើសិនអ្នក ជាអ្នកតំណាង ផ្ទាល់ខ្លួនរបស់សមាជិក សូមរៀបរាប់ខាងក្រោមនេះ។ ហើយផ្ញើឲ្យយើង នូវសំណើនៃទំរង់បំពេញទាំងនោះ (ដូចជា អ្នកមានសិទ្ធិអំណាច ឬបទបញ្ជាអាណាព្យាបាល)។</p>			

Health Net នឹងឈប់ប្រើ ឬចែកចាយ ព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក នៅពេលយើងទទួល និងគិតគូរ ទំរង់បំពេញនេះ។ ប្រើអាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ខាងក្រោម។ អ្នកក៏អាចទូរស័ព្ទ សំរាប់ជំនួយ តាមលេខខាងក្រោមដែរ។

Health Net Eligibility Department
P.O. Box 10420, Van Nuys, CA 91499-6208
ទូរស័ព្ទ៖ 800-275-4737 ទូរសារ៖ 844-222-3180

Health Net Community Solutions, Inc. គឺជាសាខានៃ Health Net, LLC និង Centene Corporation។
Health Net គឺជាសញ្ញាសេវាបានចុះបញ្ជីនៃ Health Net, LLC។ រក្សាសិទ្ធិគ្រប់យ៉ាង។