

PWOGRAM LETA SOUS BENEFIS SANTE

FÒM OTORIZASYON POU MANM
POU ITILIZASYON AK DIVILGASYON ENFÒMASYON MEDIKAL PWOTEJENon Manm lan: _____
NON FANMI PRENON DEZYÈM PRENONAdrès _____
_____Nimewo Telefòn: (_____) _____ Imèl : _____
Kòd RejyonalNimewo Sekirite Sosyal Manm la: _____ Dat Nesans: _____ / _____ / _____
MM / JJ / AAAA

Depi mwen siyen fòm sa mwen otorize Pwogram Benefis Swen Medikal (SHBP) pou itilize ak/oswa divilge enfòmasyon medikal mwen (enfòmasyon ki gen pou wè ak enfòmasyon medikal mwen ki pwoteje selon deskripsyon Règleman Konfidansyalite dispozisyon Senplifikasyon Administratif Ak Transparans Asirans Medikal, ak Akontablite [HIPAA] 1996 la) nan fason ki dekri anba a. SHBP pa p mete kondisyon sou tretman, peman, anwolman nan yon plan sante, oswa kalifikasyon pou benefis swen medikal sou desizyon pa mwen pou siyen otorizasyon sa a.

Mwen siyen fòm sa a avèk tout volonte mwen pou dokimante dezi mwen konsènan itilizasyon ak/oswa divilgasyon enfòmasyon medikal ki dekri anba a.

1. Deskripsyon Enfòmasyon Mwen Otorize Pou Itilizasyon oswa Divilgasyon. Mwen bay pèmision pou itilize ak/oswa divilge deskripsyon espesifik sou enfòmasyon medikal ki annapre a:

2. Deskripsyon sou Chak Bi pou Demann Itilizasyon ak/oswa Divilgasyon. Mwen otorize pou yo itilize ak/oswa divilge enfòmasyon medikal mwen pou bi espesifik ki annapre yo:

3. Moun/Òganizasyon ki Otorize pou Resevwa ak/oswa Itilize Enfòmasyon Medikal Mwen yo. Mwen otorize moun sa yo ak/oswa òganizasyon (yo) pou resevwa enfòmasyon medikal mwen nan men SHBP ak pou itilize oswa divilge enfòmasyon sa yo pou bi mwen mete nan lis anwo a. Mwen konprann enfòmasyon medikal mwen ki divilge dapre otorizasyon sa a gen dwa pèdi pwoteksyon estanda federal sou enfòmasyon prive an epi gen dwa vin re-devwale san yo pa pran ototrizasyon mwen.

Kontinye sou lòt paj la

4. Dwa pou Revoke. Mwen konprann mwen gen dwa pou mwen revoke otorizasyon sa nenpòt lè epi revokasyon otorizasyon sa dwe fèt alekri. Mwen konprann revokasyon mwen an dwe enkli non mwen, adrès mwen, nimewo telefòn, dat otorizasyon sa, ak Siyati mwen epi mwen dwe voye li pou State Health Benefits Program — HIPAA Privacy Officer, State of New Jersey, Department of the Treasury, Division of Pensions and Benefits, PO Box 295, Trenton, NJ 08625-0295. Mwen konnen revokasyon mwen pa pap vin efektif pou itilizasyon ak/oswa divilge enfòmasyon medikal mwen yo te deja divilge lè otorizasyon an te fèt.

5. Ekspirasyon Otorizasyon. Otorizasyon sa ap ekspire (tcheke yon ak konplete): Le

_____ / _____ / _____
MM / JJ / AAAA

Lemoman evènman annapre sa (yo) rive oswa lè mwen revoke otorizasyon sa:

SIYATI MANM LA

Mwen te gen yon opòtinite pou mwen revize ak konprann tout sa ki nan fòm sa. Lè mwen siyen fòm sa, mwen konfime li refleto dezi mwen.

SIYATI MANM LAN **Dat:** _____ / _____ / _____
MM / JJ / AAAA

Si se yon reprezantan pèsònèl ki siyen, ranpli sa ki annavan la:

Non Reprezantan Pasyan an: _____

Relasyon w ak Manm la oswa Nati Otorite: _____
(egzanp manda legal pou swen medikal, gadyen, lòt otorizasyon legal — **Ou dwe ajoute yon kopi dokiman.**):

Adrès _____

Nimewo Telefòn Lajounen: (_____) _____ **Imèl :** _____
Kòd Rejyonal

SIYATI REPREZANTAN PÈSONÈL **Dat:** _____ / _____ / _____
MM / JJ / AAAA