

# ỦY QUYỀN SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE



## Notice to Member:

- Completing this form will allow Ambetter Health of Delaware to (i) use your health information for a particular purpose, and/or (ii) share your health information with the individual or entity that you identify on this form.
- You do not have to give permission to use or share your health information. Your services and benefits with Ambetter Health of Delaware will not change if you do not submit this form.
- If you want to cancel this authorization form, send us a written request to revoke it at the address on the bottom of this page. A revocation form can be provided to you by calling Member Services at the phone number on the back of your member ID card.
- Ambetter Health of Delaware cannot promise that the person or group you allow us to share your health information with will not share it with someone else.
- Keep a copy of all completed forms that you send to us. We can send you copies if you need them.
- If you need help, contact Member Services at the phone number on the back of your member ID card.
- Fill in all the information on this form. When finished, mail the form and any supporting documentation to  
**Ambetter Health**  
**333 E. Wetmore Rd**  
**Tucson, AZ 85705**  
**Cc: Member Services**

## Thông Báo gửi đến Hội Viên:

- Việc hoàn thành biểu mẫu này sẽ cho phép Ambetter Health of Delaware (i) sử dụng thông tin sức khỏe của quý vị cho một mục đích cụ thể và/hoặc (ii) chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị với cá nhân hoặc tổ chức mà quý vị xác định trên biểu mẫu này.
- Quý vị không bắt buộc phải cho phép sử dụng hoặc chia sẻ thông tin sức khỏe của mình. Các dịch vụ và quyền lợi của quý vị với Ambetter Health of Delaware sẽ không thay đổi nếu quý vị không nộp mẫu đơn này.
- Nếu quý vị muốn hủy mẫu đơn ủy quyền này, hãy gửi cho chúng tôi văn bản yêu cầu thu hồi mẫu đơn đến địa chỉ ở cuối trang này. Quý vị có thể nhận mẫu đơn thu hồi bằng cách gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở mặt sau thẻ ID hội viên của quý vị.
- Ambetter Health of Delaware không thể hứa rằng người hoặc nhóm mà quý vị cho phép chúng tôi chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị sẽ không chia sẻ thông tin đó với người khác.
- Hãy giữ lại bản sao của tất cả các mẫu đơn đã hoàn thành mà quý vị gửi cho chúng tôi. Chúng tôi có thể gửi cho quý vị bản sao nếu quý vị cần.
- Nếu quý vị cần trợ giúp, hãy liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở mặt sau thẻ ID hội viên của quý vị.
- Điền tất cả thông tin vào mẫu đơn này. Khi hoàn tất, hãy gửi biểu mẫu và mọi tài liệu hỗ trợ qua đường bưu điện tới  
**Ambetter Health**  
**333 E. Wetmore Rd**  
**Tucson, AZ 85705**  
**Cc: Member Services**

**AmbetterHealthofDelaware.com**

**VUI LÒNG ĐỌC KỸ HƯỚNG DẪN VÀ HOÀN THÀNH MẪU ĐƠN DƯỚI ĐÂY. CHÚNG TÔI KHÔNG CHẤP NHẬN MẪU ĐƠN CHƯA HOÀN THÀNH.**

**1 THÔNG TIN HỘI VIÊN:**

Tên hội viên (in): \_\_\_\_\_

Ngày Sinh của Hội Viên: \_\_\_\_\_ Mã số hội viên: \_\_\_\_\_

**2 TÔI CHO PHÉP AMBETTER HEALTH OF DELAWARE SỬ DỤNG THÔNG TIN SỨC KHỎE CỦA TÔI CHO MỤC ĐÍCH ĐƯỢC XÁC ĐỊNH HOẶC CHIA SẺ THÔNG TIN SỨC KHỎE CỦA TÔI VỚI CÁ NHÂN HOẶC NHÓM CÓ TÊN DƯỚI ĐÂY. MỤC ĐÍCH CỦA VIỆC ỦY QUYỀN LÀ (đánh dấu vào một lựa chọn bên dưới):**

- cho phép Ambetter Health of Delaware giúp tôi về các phúc lợi và dịch vụ của tôi, **HOẶC**  
 cho phép Ambetter Health of Delaware sử dụng hoặc chia sẻ thông tin sức khỏe của tôi cho \_\_\_\_\_.

**3 CÁ NHÂN HOẶC NHÓM NHẬN THÔNG TIN (thêm Người hoặc Nhóm khác ở trang tiếp theo):**

Tên (cá nhân hoặc nhóm): \_\_\_\_\_

Địa Chỉ: \_\_\_\_\_

Thành Phố: \_\_\_\_\_ Tiểu Bang: \_\_\_\_\_ Mã bưu chính: \_\_\_\_\_ Điện thoại: \_\_\_\_\_

**4 TÔI CHO PHÉPZE AMBETTER HEALTH OF DELAWARE SỬ DỤNG HOẶC CHIA SẺ NHỮNG THÔNG TIN SỨC KHỎE SAU ĐÂY (GHI CHÚ: Chọn nhận định đầu tiên để cho phép TẤT CẢ thông tin sức khỏe hoặc chọn nhận định bên dưới để chỉ cho phép MỘT SỐ thông tin sức khỏe. KHÔNG THỂ chọn cả hai.)**

- Tất cả thông tin sức khỏe của tôi GỒM CÓ:** Thông tin di truyền, dịch vụ hoặc kết quả xét nghiệm; dữ liệu và hồ sơ về HIV/AIDS dữ liệu và hồ sơ sức khỏe tâm thần (nhưng không phải ghi chú trị liệu tâm lý); dữ liệu và hồ sơ về thuốc/thuốc theo toa; cũng như dữ liệu và hồ sơ về ma túy và rượu (vui lòng nêu rõ mọi thông tin về rối loạn sử dụng chất gây nghiện có thể được tiết lộ); \_\_\_\_\_

**HOẶC**

- Tất cả thông tin sức khỏe của tôi NGOẠI TRỪ** (chỉ đánh dấu vào những ô phù hợp bên dưới):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Thông tin di truyền, dịch vụ hoặc xét nghiệm                            | <input type="checkbox"/> Dữ liệu và hồ sơ về ma túy               |
| <input type="checkbox"/> Dữ liệu và hồ sơ về AIDS hoặc HIV                                       | <input type="checkbox"/> Dữ liệu và hồ sơ về thuốc/thuốc theo toa |
| <input type="checkbox"/> Dữ liệu và hồ sơ sức khỏe tâm thần (không phải ghi chú trị liệu tâm lý) | <input type="checkbox"/> Khác: _____                              |

**5 ỦY QUYỀN NÀY KẾT THÚC VÀO NGÀY/SỰ KIỆN NÀY: \_\_\_\_\_ Ngày ủy quyền này kết thúc trừ khi bị hủy bỏ. Nếu ô này trống, ủy quyền sẽ hết hạn sau một năm kể từ ngày ký bên dưới.**

**6 CHỮ KÝ CỦA HỘI VIÊN HOẶC NGƯỜI ĐẠI DIỆN PHÁP LÝ: \_\_\_\_\_**

**NGÀY:** \_\_\_\_\_

**NẾU LÀ NGƯỜI ĐẠI DIỆN PHÁP LÝ - Mối quan hệ với hội viên:** \_\_\_\_\_

Nếu quý vị là đại diện cá nhân hoặc đại diện pháp lý của Hội Viên, **quý vị phải gửi cho chúng tôi bản sao của các biểu mẫu liên quan, chẳng hạn như giấy ủy quyền hoặc lệnh giám hộ.**

**GỬI MẪU ĐƠN ỦY QUYỀN HOÀN CHỈNH VÀ MỌI TÀI LIỆU HỖ TRỢ QUA ĐƯỜNG BƯU ĐIỆN ĐẾN  
Ambetter Health,  
333 E. Wetmore Rd Tucson, AZ 85705 Cc: Member Services**

**(CÁC) CÁ NHÂN HOẶC NHÓM KHÁC ĐƯỢC NHẬN THÔNG TIN:**

LƯU Ý: Nếu quý vị đồng ý tiết lộ bất kỳ hồ sơ về rối loạn sử dụng chất gây nghiện nào cho người nhận không phải là bên thanh toán thứ ba cũng như nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, cơ sở hoặc chương trình nơi quý vị nhận dịch vụ từ nhà cung cấp dịch vụ điều trị, chẳng hạn như trao đổi bảo hiểm y tế hoặc tổ chức nghiên cứu (sau đây gọi là "đơn vị nhận"), quý vị phải nêu rõ tên của cá nhân hoặc đơn vị nơi quý vị nhận dịch vụ từ nhà cung cấp dịch vụ điều trị tại đơn vị nhận đó, hoặc chỉ đơn giản nêu rõ rằng hồ sơ về rối loạn sử dụng chất gây nghiện của quý vị có thể được tiết lộ cho nhà cung cấp dịch vụ điều trị hiện tại và tương lai của quý vị tại đơn vị nhận đó.

Tên (cá nhân hoặc tổ chức): \_\_\_\_\_

Địa Chỉ: \_\_\_\_\_

Thành Phố: \_\_\_\_\_ Tiểu Bang: \_\_\_\_\_ Mã Zip: \_\_\_\_\_ Điện thoại: \_\_\_\_\_

Tên (cá nhân hoặc tổ chức): \_\_\_\_\_

Địa Chỉ: \_\_\_\_\_

Thành Phố: \_\_\_\_\_ Tiểu Bang: \_\_\_\_\_ Mã Zip: \_\_\_\_\_ Điện thoại: \_\_\_\_\_

Tên (cá nhân hoặc tổ chức): \_\_\_\_\_

Địa Chỉ: \_\_\_\_\_

Thành Phố: \_\_\_\_\_ Tiểu Bang: \_\_\_\_\_ Mã Zip: \_\_\_\_\_ Điện thoại: \_\_\_\_\_

Tên (cá nhân hoặc tổ chức): \_\_\_\_\_

Địa Chỉ: \_\_\_\_\_

Thành Phố: \_\_\_\_\_ Tiểu Bang: \_\_\_\_\_ Mã Zip: \_\_\_\_\_ Điện thoại: \_\_\_\_\_

Tên (cá nhân hoặc tổ chức): \_\_\_\_\_

Địa Chỉ: \_\_\_\_\_

Thành Phố: \_\_\_\_\_ Tiểu Bang: \_\_\_\_\_ Mã Zip: \_\_\_\_\_ Điện thoại: \_\_\_\_\_

Tên (cá nhân hoặc tổ chức): \_\_\_\_\_

Địa Chỉ: \_\_\_\_\_

Thành Phố: \_\_\_\_\_ Tiểu Bang: \_\_\_\_\_ Mã Zip: \_\_\_\_\_ Điện thoại: \_\_\_\_\_

Tên (cá nhân hoặc tổ chức): \_\_\_\_\_

Địa Chỉ: \_\_\_\_\_

Thành Phố: \_\_\_\_\_ Tiểu Bang: \_\_\_\_\_ Mã Zip: \_\_\_\_\_ Điện thoại: \_\_\_\_\_

Tên (cá nhân hoặc tổ chức): \_\_\_\_\_

Địa Chỉ: \_\_\_\_\_

Thành Phố: \_\_\_\_\_ Tiểu Bang: \_\_\_\_\_ Mã Zip: \_\_\_\_\_ Điện thoại: \_\_\_\_\_