

ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦਾ ਕਰਤੱਵ

ਜ਼ਰੂਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਕਿਸੇ ਦੋਸਤ, ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਮੈਂਬਰ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਪਛਾਣਦੇ ਹੋ, ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਬਾਰੇ ਵਿੱਚ ਕੁਝ ਖਾਸ ਡਾਕਟਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਕਰਨ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰਤ ਕਰਨ (ਅਧਿਕਾਰ ਦੇਣ) ਦਾ ਹੱਕ ਹੈ। ਅਜਿਹਾ ਕਰਨ ਲਈ, ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰ ਕੇ ਇਸ ਪਤੇ 'ਤੇ ਭੇਜੋ:

Partnership HealthPlan of California
 Attn: Member Services
 4665 Business Center Drive
 Fairfield, CA 94534
 ਫੋਨ ਨੰਬਰ: (707) 420-7580

ਮੈਂਬਰ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ:	ਆਖਰੀ ਨਾਮ:
ਪਤਾ:	
ਫੋਨ ਨੰਬਰ:	ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ:
ਮੈਂਬਰ ID/CIN:	

ਅਧਿਕਾਰਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ:	ਆਖਰੀ ਨਾਮ:
ਪਤਾ:	
ਫੋਨ ਨੰਬਰ:	ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ:

ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਕੀਤੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਉਸ ਹਰੇਕ ਕਿਸਮ ਦੇ ਨਾਲ ਵਾਲੇ ਖਾਨੇ ਵਿੱਚ ਸਹੀ ਨਿਸ਼ਾਨੀ ਲਗਾਓ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡਾ ਅਧਿਕਾਰਤ ਨੁਮਾਇੰਦਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੇ।

<input type="checkbox"/> ਯੋਗਤਾ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਅਤੇ ਮੁਢਲੀ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ	<input type="checkbox"/> ਪਤੇ ਅਤੇ ਫੋਨ ਨੰਬਰ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲੀ ਕਰੋ
<input type="checkbox"/> ID ਕਾਰਡ ਲਈ ਆਰਡਰ ਕਰੋ	<input type="checkbox"/> ਮੁਢਲੀ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲੀ ਕਰੋ
<input type="checkbox"/> ਸਿਹਤ ਸੰਬੰਧੀ ਗੈਰ-ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲ ਜਾਣਕਾਰੀ	<input type="checkbox"/> ਕੋਈ ਹੋਰ:

ਸਿਹਤ ਸੰਬੰਧੀ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ

(ਮੈਂਬਰ ਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਚੱਕ ਬਾਕਸਾਂ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨੇ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹਨ)

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਉਸ ਹਰੇਕ ਕਿਸਮ ਦੇ ਨਾਲ ਵਾਲੇ ਖਾਨੇ ਵਿੱਚ ਸਹੀ ਨਿਸ਼ਾਨੀ ਲਗਾਓ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡਾ ਅਧਿਕਾਰਤ ਨੁਮਾਇੰਦਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੇ।

<input type="checkbox"/> ਮਾਨਸਿਕ/ਵਿਵਹਾਰਕ ਸਿਹਤ ਸੰਬੰਧੀ ਇਲਾਜ	<input type="checkbox"/> ਜਿਨਸੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਫੈਲਣ ਵਾਲੇ ਰੋਗ ਦਾ ਇਲਾਜ
<input type="checkbox"/> ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਦੇ ਵਿਕਾਰ ਦਾ ਇਲਾਜ	<input type="checkbox"/> ਜੈਨੇਟਿਕ ਟੈਸਟਿੰਗ ਦੇ ਨਤੀਜੇ

ਮੈਂਬਰ ਦੇ ਦਸਤਖਤ: _____

ਅਧਿਕਾਰ ਦੀ ਮਿਆਦ ਸਮਾਪਤੀ

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਹੇਠਾਂ ਕੋਈ ਵੱਖਰੀ ਤਾਰੀਖ ਨਹੀਂ ਚੁਣਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਇਹ ਅਧਿਕਾਰ ਠੀਕ ਇੱਕ ਸਾਲ ਵਿੱਚ ਸਮਾਪਤ ਹੋ ਜਾਵੇਗਾ। ਇਹ ਅਧਿਕਾਰ ਇਸ ਤਾਰੀਖ ਨੂੰ ਖਤਮ ਹੋ ਜਾਵੇਗਾ (ਤਾਰੀਖ ਪਾਉਣਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ): _____

ਨਾਬਾਲਗ (12 ਸਾਲ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ) ਸਹਿਮਤੀ ਸੇਵਾਵਾਂ (ਮੈਂਬਰ ਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਚੈੱਕ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨੇ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹਨ) ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਉਸ ਹਰੇਕ ਕਿਸਮ ਦੇ ਨਾਲ ਵਾਲੇ ਖ਼ਾਨੇ ਵਿੱਚ ਸਹੀ ਨਿਸ਼ਾਨੀ ਲਗਾਓ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡਾ ਅਧਿਕਾਰਤ ਨੁਮਾਇੰਦਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੇ।

<input type="checkbox"/> ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਇਲਾਜ ਜਾਂ ਕਾਉਂਸਲਿੰਗ	<input type="checkbox"/> ਗਰਭ ਅਵਸਥਾ ਸੰਬੰਧੀ ਇਲਾਜ
<input type="checkbox"/> ਹਮਲੇ ਦੇ ਪੀੜਤ ਦਾ ਇਲਾਜ	<input type="checkbox"/> ਡਰੱਗ ਜਾਂ ਸ਼ਰਾਬ ਸੰਬੰਧੀ ਇਲਾਜ
<input type="checkbox"/> ਜਿਨਸੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੰਚਾਰਿਤ ਜਾਂ ਫੈਲਣ ਵਾਲੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਦੀ ਰੋਕਥਾਮ ਲਈ ਇਲਾਜ	<input type="checkbox"/> ਬਲਾਤਕਾਰ ਦੇ ਪੀੜਤ ਦਾ ਇਲਾਜ

ਨਾਬਾਲਗ ਮੈਂਬਰ (12 ਸਾਲ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ) ਦੇ ਦਸਤਖਤ: _____

ਮੈਂਬਰ ਦੇ ਦਸਤਖਤ

ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ Partnership HealthPlan of California ਅਤੇ ਹੋਰ ਸੰਗਠਨਾਂ ਅਤੇ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਡਾਕਟਰਾਂ, ਹਸਪਤਾਲਾਂ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾਵਾਂ ਨੂੰ ਕਾਨੂੰਨ ਮੇਰੀ ਸਿਹਤ ਸੰਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਗੁਪਤ (ਨਿੱਜੀ) ਰੱਖਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। California ਦੇ ਕਾਨੂੰਨ ਤਹਿਤ, ਮੇਰੀ ਡਾਕਟਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਨੂੰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਮੁੜ-ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨ (ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ) ਤੋਂ ਮਨਾਹੀ ਹੈ, ਸਿਵਾਏ ਜਿੱਥੇ ਇਸਦਾ ਲਿਖਤੀ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨ ਵੱਲੋਂ ਖਾਸ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲੋੜੀਂਦਾ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੋਵੇ।

ਮੈਂ ਇਹ ਵੀ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇ ਮੈਂ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਸੰਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਅਜਿਹੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ ਜਿਸਨੂੰ ਕਾਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਗੁਪਤ ਰੱਖਣ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਇਹ ਅੱਗੇ ਵਾਸਤੇ ਸੰਘੀ ਪਰਦੇਦਾਰੀ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਤਹਿਤ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਨਾ ਰਹੇ।

ਤੁਹਾਡੇ ਅਧਿਕਾਰ

ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਦਾ ਇਹ ਅਧਿਕਾਰ ਸਵੈਇੱਛੁਕ (ਲੋੜੀਂਦਾ ਨਹੀਂ) ਹੈ।

ਇਲਾਜ, ਭੁਗਤਾਨ, ਨਾਮਾਂਕਣ ਜਾਂ ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਯੋਗਤਾ 'ਤੇ ਇਸ ਅਧਿਕਾਰ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਦੀ ਸ਼ਰਤ ਨਹੀਂ ਲਗਾਈ ਜਾ ਸਕਦੀ, ਸਿਵਾਏ ਹੇਠਾਂ ਲਿਖੀਆਂ ਸਥਿਤੀਆਂ ਦੇ:

- (1) ਖੋਜ-ਸੰਬੰਧੀ ਇਲਾਜ ਕਰਵਾਉਣਾ
- (2) ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਲਈ ਯੋਗਤਾ ਜਾਂ ਇਸ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲੇ ਦੇ ਸੰਬੰਧ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹਾਸਲ ਕਰਨੀ
- (3) ਕਿਸੇ ਸੰਸਥਾ ਦੀ ਦਾਅਵੇ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਦੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨੀ
- (4) ਕਿਸੇ ਤੀਜੀ ਧਿਰ ਨੂੰ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨ ਲਈ ਸਿਹਤ ਸੰਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤਿਆਰ ਕਰਨੀ

ਇਸ ਅਧਿਕਾਰ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਵਾਪਸ ਲਿਆ ਅਤੇ ਰੱਦ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਅਧਿਕਾਰ ਨੂੰ ਮੈਂਬਰ ਸਰਵਿਸਿਜ਼ ਨੂੰ (800) 863-4155 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਕੇ ਜਾਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਪਤੇ 'ਤੇ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜ ਕੇ ਜਾਂ ਫੈਕਸ ਕਰਕੇ ਰੱਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ:

Partnership HealthPlan of California
c/o Member Services Department
4665 Business Center Drive
Fairfield, CA 94534
ਫੈਕਸ: (707) 863-4415

ਰੱਦ ਕਰਨਾ ਉਦੋਂ ਤੋਂ ਪ੍ਰਭਾਵੀ ਹੋਵੇਗਾ ਜਦੋਂ ਭਾਈਵਾਲੀ ਨੂੰ ਇਹ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਹਾਲਾਂਕਿ, ਤੁਹਾਡੇ ਵਾਪਸ ਲੈਣ/ਰੱਦ ਕਰਨ ਦੇ ਨਾਲ ਵਾਪਸ ਲੈਣ/ਰੱਦ ਕਰਨ ਦੇ ਨੋਟਿਸ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਇਸ ਸਹਿਮਤੀ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਕੇ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਹੱਕਾਂ 'ਤੇ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪਵੇਗਾ।

ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਅਧਿਕਾਰ ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੇ ਹੱਕਦਾਰ ਹੋ।

ਹਸਤਾਖਰ

ਮਿਤੀ

ਸਾਫ ਅੱਖਰਾਂ ਵਿੱਚ ਨਾਮ

ਮੈਂਬਰ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ