

# ਡਾਕਟਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰ

## ਜ਼ਰੂਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

Partnership HealthPlan of California, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਸੰਸਥਾ ਨੂੰ, ਤੁਹਾਡੀ ਡਾਕਟਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇਣ ਲਈ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਹਿਲਾਂ ਆਪਣਾ ਅਧਿਕਾਰ ਦੇਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਹ ਫਾਰਮ ਭਰੋ ਅਤੇ ਇਸਨੂੰ ਹੇਠ ਦਿੱਤੇ ਪਤੇ 'ਤੇ ਭੇਜੋ:

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

## ਮੈਂਬਰ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ:

ਆਖਰੀ ਨਾਮ:

ਪਤਾ:

ਫੋਨ ਨੰਬਰ:

ਜਨਮ ਮਿਤੀ:

ਮੈਂਬਰ ID/CIN:

ਮੈਂ ਬੇਨਤੀ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਅਤੇ \_\_\_\_\_ ਨੂੰ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਉੱਪਰ ਦੱਸੇ ਗਏ ਮੈਂਬਰ ਦੀ ਹੇਠਾਂ ਨਿਸ਼ਾਨਬੱਧ ਕੀਤੀ ਡਾਕਟਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੇਠਾਂ ਦੱਸੇ ਗਏ ਵਿਅਕਤੀ ਜਾਂ ਸੰਸਥਾ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ:

ਨਾਮ:

ਪਤਾ:

ਫੋਨ ਨੰਬਰ:

ਫੈਕਸ ਨੰਬਰ:

ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਖਾਸ ਵਰਤੋਂ/ਮਕਸਦਾਂ ਲਈ:

ਨਿੱਜੀ ਵਰਤੋਂ

ਕਾਨੂੰਨੀ

ਕਰਮਚਾਰੀਆਂ ਦਾ ਮੁਆਵਜ਼ਾ

ਡਾਕਟਰੀ ਇਲਾਜ

ਯੋਗਤਾ

ਅਪ੍ਰਗਤਾ

ਕੋਈ ਹੋਰ:

ਸੇਵਾ ਦੀਆਂ ਖਾਸ ਮਿਤੀ(ਆਂ):

ਇੱਥੋਂ: \_\_\_\_\_ ਤੱਕ: \_\_\_\_\_

ਇਹ ਅਧਿਕਾਰ ਹੇਠਾਂ ਨਿਸ਼ਾਨਬੱਧ ਕੀਤੀ ਡਾਕਟਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੁੱਕ ਸੀਮਤ ਹੈ: (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਨੋਟ ਕਰੋ: ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਵੱਖਰੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ।)

<input type="checkbox"/> ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਜਾਂ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀਆਂ ਕਾਪੀਆਂ, ਸਿਵਾਏ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ।	<input type="checkbox"/> ਹੇਠਾਂ ਦੱਸੀ ਗਈ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲ ਜਾਣਕਾਰੀ <b>ਸਮੇਤ</b> ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਜਾਂ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀਆਂ ਕਾਪੀਆਂ।
<input type="checkbox"/> ਮਾਨਸਿਕ/ਵਿਵਹਾਰਕ ਸਿਹਤ ਸੰਬੰਧੀ ਇਲਾਜ  _____ ਮੈਂਬਰ ਜਾਂ ਨਿੱਜੀ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ	<input type="checkbox"/> ਜਿਨਸੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਫੈਲਣ ਵਾਲੇ ਰੋਗ ਦਾ ਇਲਾਜ  _____ ਮੈਂਬਰ ਜਾਂ ਨਿੱਜੀ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ
<input type="checkbox"/> ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਦੇ ਵਿਕਾਰ ਦਾ ਇਲਾਜ  _____ ਮੈਂਬਰ ਜਾਂ ਨਿੱਜੀ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ	ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਦੇ ਵਿਗਾੜ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਵੇਰਵਾ:  _____ _____
<input type="checkbox"/> ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਖਾਸ ਡਾਕਟਰੀ ਪ੍ਰਦਾਤਾ, ਇਲਾਜ, ਜਾਂ ਬਿਮਾਰੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਡਾਕਟਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ: _____	

### 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): \_\_\_\_\_

## 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

ਇਹ ਅਧਿਕਾਰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਮੈਂਬਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ (800) 863-4155 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਕੇ ਜਾਂ ਆਪਣੀ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੀ ਬੇਨਤੀ ਨੂੰ ਹੇਠ ਦਿੱਤੇ ਪਤੇ 'ਤੇ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜ ਕੇ ਵਾਪਸ ਲਿਆ ਅਤੇ ਰੱਦ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ:

Partnership HealthPlan of California  
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।

ਦਸਤਖਤ

ਮਿਤੀ

ਸਾਫ-ਸਾਫ ਨਾਮ

ਮੈਂਬਰ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ