

健康信息分享授权

[请用正楷书写]

PerformCARE®

本表格用于当联邦和州隐私法律提出请求时，分享您的受保护健康信息（以下简称“PHI”）。您的授权将使得 PerformCare 与您所选的个人或组织分享您的 PHI。您还可以选择许可这些人员或组织与 PerformCare 分享您的 PHI。您可以随时向 PerformCare 提交一份请求，取消这项授权。请拨打会员服务电话 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975) 获取更多说明。

A 部分、会员信息：（需要分享 PHI 的人员）			
会员名字：		中间名首字母：	
姓氏：	会员编号（参见会员卡）：		
会员街道地址：			
城市：	州：	邮政编码：	
会员出生日期：	日间电话号码（包括区号）：		

B 部分、接收者：（将收到您的 PHI 的个人或组织）			
以下个人或组织有权收取我的 PHI：			
您是否希望以下个人或组织也可以与我们分享您的 PHI？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
名字：		姓氏：	
组织名称（如适用）			
地址：			
城市：	州：	邮政编码：	
电话号码（包括区号）：			
与 A 部分所列会员之间的关系：			

C 部分、描述即将分享的 PHI：			
请告知我们哪些类型的 PHI 可供分享。您可以按需勾选多个选项。您至少需要勾选一项。			
<input type="checkbox"/> 所有记录。 所有与提供和给付我的医疗保健福利及服务有关的 PHI。联邦法律规定，必须取得单独授权后方可分享心理治疗笔记。			
<input type="checkbox"/> 特殊记录。有些法律要求您为分享某些 PHI 授予特别许可。请勾选以下方框以说明可供分享的 PHI。 您勾选这些方框即表示您许可分享该 PHI 类型下的所有记录。如果您只想授权分享部分记录，例如仅与一种诊断相关的记录，则请填写下方的“仅限有限信息”部分。			
<input type="checkbox"/> 遗传信息	<input type="checkbox"/> 性传播疾病		
<input type="checkbox"/> 人类免疫缺陷病毒/艾滋病 (HIV/AIDS)	<input type="checkbox"/> 堕胎及计划生育		
<input type="checkbox"/> 物质或酒精使用	<input type="checkbox"/> 传染病		
<input type="checkbox"/> 精神/行为健康（包括住院治疗）	<input type="checkbox"/> 您要求我们保密的信息		
<input type="checkbox"/> 仅包含有限信息。 请在以下方框中说明您希望分享的 PHI。例如：			
• 与我在[日期]的服务有关的索赔。		• 与我在[日期]的索赔有关的上诉信息。	
请说明您希望分享的信息：			

健康信息分享授权

D 部分、本授权的目的

本授权仅针对以下目的分享 PHI 有效。（请勾选一项或两项方框。）

有助于诊断、治疗、管理和/或支付我的健康需求。

或

由于以下原因：

若用于上述目的之外的任何目的，本授权应无效。

E 部分、本授权的到期日

本授权仅针对以下目的分享 PHI 有效。（请勾选一项）。

我希望本授权在我的 PerformCare 承保结束一（1）年后到期。
（请参见下方信息）*

或

以下日期或发生以下事件或情况时*：

* 如需取消本授权，则必须将该事件/情况告知 PerformCare。在北卡罗来纳州和新泽西州境内，除非您提前选择了到期日，否则本授权将在签署之日一年后自动失效。在新罕布什尔州境内，除非您提前选择了到期日，否则本授权将在签署之日两年后自动失效。在路易斯安那州境内，如果您请求分享遗传信息，除非您提前选择了到期日，否则本授权将在签署之日六十天后失效。在哥伦比亚特区境内，如果您请求分享心理健康信息，除非您提前选择了到期日，否则本授权将在签署之日一年后自动失效。

F 部分、批准：（您或您的个人代表必须签署本表并注明日期来完成这份授权。）

本人理解授权分享本人的 PHI 纯属自愿行为，不是加入 PerformCare 计划、获取保险福利资格或给付索赔的条件。本人理解可以随时向 PerformCare 提出请求取消本授权，且授权取消不会影响请求取消之前已经采取的措施。本人还理解如果本人取消了这项授权，若本人希望上文 B 部分列出的个人或组织不再分享本人的 PHI，则应分别通知这些个人或组织。本人还理解如果本人在上文授权获取本人的 PHI 的个人和组织不受联邦或州健康信息隐私法的约束时，他们可以进一步分享我的 PHI，且这类信息将不再受到联邦或州隐私法律的保护。鉴于本授权书的签署，本人理解本人或本人的个人代表有权收到本表格的副本，并审核可能被分享的本人 PHI。

会员签名：本人在下方签名即表示本人授权按照上述方式分享我的 PHI。

会员（年满 14 岁）签名
或家长签名：

日期：

个人代表信息：本人在下方签名即表示本人授权按照上述方式分享该会员的 PHI。（一名个人代表是指依法有权代表他人行事的人员，例如：未成年人的家长。必须提交一份授权委托书或其他法律文件给 PerformCare 以供存档，亦可随本表一并提交。）

个人代表正楷姓名：

代表人地址：

个人代表权力描述：

个人代表签名：

日期：

电话：

请将本表填妥后寄回至：Consent Processing Center, P.O. Box 7092, London, KY 40742-7092

传真：1-833-214-2242（免费）

健康信息披露授权附录

口头同意

我们兹此签名以证明上文第 A 节所述之会员**无法亲自**签署本授权。会员口头同意并不能取代证明其他人是会员个人代表的文件，亦不能仅仅因为会员不便于签名就以口头同意来取代这份证明文件。

原因：

以下签名表明：

- 本表中的信息已传达给该会员。
- 会员表示已经理解本授权书的信息。
- 会员自愿表示同意。

与会员沟通的方式：

- 电话
- 当面
- 其他（请注明）：

见证人正楷姓名：

见证人正楷姓名：

见证人签名：

见证人签名：

日期： / /

日期： / /

歧视属违法行为

PerformCare 遵守适用的联邦民权法律，不会因种族、肤色、民族血统、年龄、残疾或性别等原因歧视任何人。PerformCare 不会因种族、肤色、民族血统、年龄、残疾或性别等原因排斥或区别对待任何人。

PerformCare 通过以下措施减少获取新泽西州儿童护理系统提供的服务时遇到的语言障碍：

- 为残疾人士提供有助于与我们进行有效沟通的免费援助和服务，例如：
 - 其他格式的书面信息（大号字体、语音、无障碍电子格式及其他格式）。
 - 提供聋哑人设备 (TDD) 和文本电话 (TTY) 系统等电信设备以便失聪人士、听力障碍人士或语言障碍人士进行电话交流。
- 为首选语言非英语的人士提供免费语言服务，例如：
 - 具备资质的口译员服务。
 - 以其他语言撰写的信息。

如果您需要这些服务，请拨打 PerformCare 电话 **1-877-652-7624** 或 [TTY（适用于听障人士）**1-866-896-6975**]。我们每周 7 天、每天 24 小时提供服务。

如果您认为 PerformCare 未能提供这些服务或因种族、肤色、民族血统、年龄、残疾或性别以某种方式歧视您，您可以通过致电 **1-877-652-7624** 或致函以下地址向 PerformCare 的质量部门提交投诉：

PerformCare
Attn: Quality Department
300 Horizon Center Drive, Suite 306, Robbinsville, NJ 08691

如果您提交投诉时需要帮助，PerformCare 的质量部门可以为您服务。

您还可以向美国卫生与公众服务部民权办公室提交民权投诉；如欲通过电子方式提出投诉，可访问民权办公室投诉门户网站 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>；您也可以通过邮寄或电话方式提交投诉：

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

投诉表获取网址：

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>。

Multi-language interpreter services

Attention: If you do not speak English, language assistance services are available to you at no cost. Call 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

Spanish: Atención: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

Portuguese: Atenção: Se fala português, encontra-se disponível serviço gratuito de intérprete pelo telefone 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

Arabic: ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-877-652-7624 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-866-896-6975).

Haitian Creole: Atansyon: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-652-7624 (TTY: 1-866-896-6975).

Chinese Mandarin: 注意：如果您说中文普通话/国语，我们可为您提供免费语言援助服务。请致电：1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975)。

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975) 번으로 전화해 주십시오.

Bengali: লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975)।

French: Attention : si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

Vietnamese: Chú ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

Hindi: ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975) पर कॉल करें।

Chinese Cantonese: 注意：如果您使用粵語，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975)。

Polish: Uwaga: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

Urdu:

توجہ فرمائیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-877-652-7624 (TTY: 1-866-896-6975)۔

Turkish: Dikkat: Türkçe konuşuyorsanız dil yardımı hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanabilirsiniz. 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975) numaralı telefonu arayın.

Russian: Внимание: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).