

اطلاعات محافظت شده سلامت (PHI) به اطلاعات مربوط به سلامت شما گفته می شود. قوانین فدرال و ایالتی از حریم خصوصی PHI شما محافظت می کنند. امضا کردن این برگه به منزله تأیید از سوی شما است. ما فقط آن دسته از PHI را به اشتراک می گذاریم که شما اجازه داده باشید. و آن را فقط در اختیار افراد یا نهادهایی قرار می دهیم که شما ذکر کرده اید.

1. عضو Medicaid کیست؟

نام	نام خانوادگی	حرف اول نام میانی
شماره شناسایی عضو	تاریخ تولد (MM/DD/YYYY)	شماره تلفن
خیابان		
شهر، ایالت، کد پستی		

2. PHI را در اختیار چه کسی می توان قرار داد؟

نام شخص یا شرکت	شماره تلفن
خیابان	
شهر، ایالت و کد پستی	
نام شخص یا شرکت	شماره تلفن
خیابان	
شهر، ایالت و کد پستی	

3. کدام بخش از PHI را می‌توانیم به اشتراک بگذاریم؟

فقط آن بخش از PHI را به اشتراک می‌گذاریم که شما تأیید کرده باشید. با علامت زدن کادر، نوع PHI را به ما بگویید.

- هرگونه اطلاعات درخواست شده سلامت (پزشکی، دندانپزشکی، داروخانه، چشم‌پزشکی)
 مراقبت بلندمدت سوابق مدیریت بیمار

اطلاعات حساس: (این اطلاعات ممکن است شامل اطلاعات تشخیص و/یا درمان باشد)

- اختلال سوءمصرف مواد (الکل/مواد مخدر) اچ‌آی‌وی/ایدز بیماری‌های آمیزشی
 سلامت رفتاری/سلامت روانی (اما نه یادداشت‌های روان‌درمانی).
 سایر خدمات حساس (از قبیل مراقبت تطبیق جنسیت یا سلامت جنسی یا تولیدمثل)
 سایر (لطفاً توضیح دهید)

4. چرا این PHI را به اشتراک می‌گذارید؟

دلیل/هدف:

5. این فرم تا 1 سال اعتبار دارد، مگر اینکه در قسمت زیر زمان کوتاه‌تری را مشخص کنید.

مدت اعتبار تأییدیه من:

تا

MM/DD/YYYY

MM/DD/YYYY

با امضا کردن قسمت زیر، آگاهی و موافقت خود را نسبت به موارد زیر اعلام می‌کنم:

- می‌توانم با مکاتبه با نشانی ذکر شده در این فرم، تأییدیه خود را پس بگیرم.
- با پس گرفتن تأییدیه، PHI که قبلاً به اشتراک گذاشته‌ایم پس گرفته نمی‌شود. اما PHI شما را دیگر به اشتراک نخواهیم گذاشت.
- اگر این فرم را امضا نکنم، تغییری در فرصت من برای ثبت‌نام در بیمه ایجاد نخواهد شد.
- هر شخصی که PHI من را دریافت می‌کند می‌تواند آن را با دیگران به اشتراک بگذارد. این یعنی قوانین ممکن است نتوانند از PHI من محافظت کنند.
- PHI مورد تأیید من برای اشتراک‌گذاری ممکن است شامل این موارد باشد:
 - اطلاعات وضعیت سلامت و درمان
 - بیماری‌های مزمن
 - عوارض سلامت رفتاری/روانی
 - تشخیص یا درمان اختلال سوءمصرف مواد (الکل/مواد مخدر)
 - بیماری‌های مسری، بیماری‌های آمیزشی (اچ‌آی‌وی/ایدز) و اطلاعات نشانگر ژنتیکی.
- می‌توانم با مکاتبه با نشانی ذکر شده در این فرم، نسخه‌ای از این تأییدیه را دریافت کنم.
- اگر این فرم را امضا نکنم، Aetna اطلاعات PHI من را با اشخاصی که ذکر کرده‌ام به اشتراک نمی‌گذارد و این اطلاعات را با هیچ شخص دیگر به اشتراک نمی‌گذارد.

توجه:

اگر هر کدام از گزینه‌های زیر صدق کند، باید این فرم را امضا کنم.

- 18 سال یا بالاتر باشم.
- زیر 18 سال باشم و متأهل باشم یا از سرپرستی والدین خارج شده باشم.
- طبق قوانین ایالتی، تحت درمان قرار گرفتن من حتی بدون موافقت والدین یا سرپرست قانونی‌ام مجاز باشد.
- PHI من که اشتراک‌گذاری می‌شود ممکن است شامل یک یا چند مورد از بیماری‌های زیر باشد:
 - عوارض سلامت رفتاری/روانی
 - تشخیص یا درمان اختلال سوءمصرف مواد (الکل/مواد مخدر)
 - بیماری آمیزشی (شامل اچ‌آی‌وی/ایدز)
 - سلامت باروری (از جمله پیشگیری از بارداری، مراقبت‌های پیش از تولد و سقط جنین)

6. امضای عضو یا نماینده مجاز.

تاریخ	امضا
	نام با حروف درشت
اگر امضاکننده فرم نماینده قانونی است، نسبت او با شخص باید ذکر شود: (ولی، سرپرست قانونی، وکیل، نماینده شخصی)	

نماینده مجاز به این معناست که شما مدرک قانونی دارید دال بر اینکه می‌توانید از جانب این شخص اقدام کنید. برای شخصی که خودش نمی‌تواند از نظر قانونی امضا کند، نماینده از طرف او امضا می‌کند. اگر سن عضو زیر 18 سال باشد، پدر/مادر یا سرپرست باید از طرف فرد زیر سن قانونی امضا کند. اگر نماینده هستید، با امضای این فرم باید مدرکی قانونی ارسال کنید که نشان دهد شما می‌توانید از طرف این شخص اقدام کنید.

پرسشی دارید؟ می‌توانیم کمکتان کنیم. از طریق شماره 1-855-772-9076 با Aetna Better Health of California تماس بگیرید.

لطفاً این فرم را تکمیل و امضا کنید و به این نشانی بفرستید:
Aetna HIPAA Member Rights Team
PO Box 14079
Lexington, KY 40512-4079

یا می‌توانید آن را از طریق نمابر به این شماره ارسال کنید: **859-280-1272**

اطلاعه عدم تبیض

رفتار تبیض‌آمیز برخلاف قانون است. Aetna Better Health of California از قوانین حقوق مدنی ایالتی و فدرال پیروی می‌کند. Aetna Better Health of California هیچ فردی را به‌خاطر جنس، نژاد، رنگ پوست، مذهب، اصل‌ونسب، کشور زادگاه، هویت قومیتی، سن، معلولیت ذهنی، معلولیت جسمی، وضعیت پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تأهل، جنسیت، هویت جنسی، یا گرایش جنسی مورد تبیض قرار نمی‌دهد، از ارائه خدمات محروم نمی‌کند یا رفتار متفاوتی با او ندارد.

Aetna Better Health of California این موارد را ارائه می‌دهد:

- کمک و خدمات رایگان برای افراد دارای معلولیت تا در برقراری بهتر ارتباط به آنان کمک کند، از قبیل:
 - ✓ مترجمان واجد شرایط زبان اشاره
 - ✓ اطلاعات مکتوب در فرمت‌های دیگر (چاپ درشت، صوتی، فرمت‌های الکترونیکی قابل دسترس، فرمت‌های دیگر)
- خدمات زبانی رایگان به افرادی که زبان اصلی آنها انگلیسی نیست، مانند:
 - ✓ مترجمان شفاهی واجد شرایط
 - ✓ اطلاعات مکتوب به زبان‌های دیگر

اگر به این خدمات نیاز دارید، از طریق شماره تلفن **1-855-772-9076**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته با Aetna Better Health of California تماس بگیرید. اگر به‌خوبی قادر به شنیدن یا صحبت کردن نیستید، لطفاً با **TTY 711** تماس بگیرید. در صورت درخواست، می‌توان این سند را به‌صورت خط بریل، چاپ درشت، کاست صوتی یا فرمت الکترونیکی در دسترس شما قرار داد. برای دریافت نسخه‌ای از این سند در یکی از این قالب‌های جایگزین، لطفاً با شماره تلفن زیر تماس بگیرید یا با نشانی زیر مکاتبه کنید:

Aetna Better Health of California
10260 Meanley Drive
San Diego, CA 92131
1-855-772-9076 (TTY: 711)

نحوه طرح شکایت

اگر فکر می‌کنید Aetna Better Health of California بر اساس جنس، نژاد، رنگ پوست، مذهب، اصل‌ونسب، کشور زادگاه، هویت قومیتی، سن، معلولیت ذهنی، معلولیت جسمی، وضعیت پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تأهل، جنسیت، هویت جنسی، یا گرایش جنسی، این خدمات را ارائه نکرده یا به طریق دیگری تبیض غیرقانونی قائل شده است، می‌توانید شکایت خود را نزد Aetna Better Health of California مطرح کنید. می‌توانید شکایت خود را به‌صورت تلفنی، کتبی، حضوری یا الکترونیکی مطرح کنید:

- تلفنی: از طریق شماره تلفن **1-855-772-9076**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته با Aetna Better Health of California تماس بگیرید. یا اگر به‌خوبی قادر به شنیدن یا صحبت کردن نیستید، لطفاً با **TTY 711** تماس بگیرید.
- کتبی: فرم شکایت را تکمیل کنید یا نامه‌ای بنویسید و آن را به نشانی زیر ارسال کنید:

Aetna Better Health of California
Civil Rights Coordinator
10260 Meanley Drive
San Diego, CA 92131
- حضوری: به مطب پزشک خود یا دفتر Aetna Better Health of California مراجعه کنید و بگویید که می‌خواهید شکایت کنید.
- الکترونیکی: به وبسایت Aetna Better Health of California به نشانی **AetnaBetterHealth.com/California** مراجعه کنید.

دفتر حقوق مدنی - اداره خدمات مراقبت سلامت کالیفرنیا
(CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES)

همچنین، می‌توانید شکایت مربوط به حقوق مدنی را به‌صورت تلفنی، کتبی یا الکترونیکی از طریق «اداره خدمات مراقبت سلامت کالیفرنیا، دفتر حقوق مدنی» مطرح کنید:

- **تلفنی:** با **916-440-7370** تماس بگیرید. اگر به‌خوبی قادر به شنیدن یا صحبت کردن نیستید، لطفاً با **711** (خدمات رله مخابراتی) تماس بگیرید.

- **کتبی:** فرم شکایت را تکمیل کنید یا نامه‌ای به نشانی زیر ارسال کنید:

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care
Services Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

فرم‌های شکایت در نشانی زیر موجود است.

http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- **الکترونیکی:** ایمیلی به CivilRights@dhcs.ca.gov ارسال کنید.

دفتر حقوق مدنی - وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده آمریکا
(U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES)

اگر فکر می‌کنید که بر اساس نژاد، رنگ پوست، کشور زادگاه، سن، معلولیت یا جنسیت مورد تبعیض قرار گرفته‌اید، می‌توانید شکایت مربوط به حقوق مدنی را به‌صورت تلفنی، کتبی یا الکترونیکی نزد «وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده آمریکا، دفتر حقوق مدنی» نیز مطرح کنید:

- **تلفنی:** با **1-800-368-1019** تماس بگیرید. اگر به‌خوبی قادر به شنیدن یا صحبت کردن نیستید، لطفاً با **TTY/TDD 1-800-537-7697** تماس بگیرید.

- **کتبی:** فرم شکایت را تکمیل کنید یا نامه‌ای به نشانی زیر ارسال کنید:

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

فرم‌های شکایت در نشانی <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> موجود است.

- **الکترونیکی:** به «درگاه شکایات دفتر حقوق مدنی» به نشانی <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> مراجعه کنید

English Tagline

ATTENTION: If you need help in your language call **1-800-385-4101 (TTY: 711)**. Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-800-385-4101 (TTY: 711)**. These services are free of charge.

الشعار بالعربية (Arabic)

يرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-800-385-4101 (TTY: 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ 1-800-385-4101 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱՐԴՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք **1-800-385-4101 (TTY: 711)**: Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Չանգահարեք **1-800-385-4101 (TTY: 711)**: Այդ ծառայություններն անվճար են:

ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-385-4101 (TTY: 711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-385-4101 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

简体中文标语 (Chinese) 请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 **1-800-385-4101 (TTY: 711)**。另外还 提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 **1-800-385-4101 (TTY: 711)**。这些服务都是免费的。

مطلب به زبان فارسی (Farsi)

توجه: اگر م یخواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با **1 800-385-4101 (TTY: 711)** تماس بگیرید. کم کها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخ ههای خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با **1-800-385-4101 (TTY: 711)** تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه میشوند.

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो **1-800-385-4101 (TTY: 711)** पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। **1-800-385-4101 (TTY: 711)** पर कॉल कर। ये सेवाएं नि:शुल्क हैं।

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-800-385-4101 (TTY: 711)**. Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau **1-800-3854101 (TTY: 711)**. Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は **1-800-385-4101 (TTY: 711)** へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。

1-800-385-4101 (TTY: 711)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 **1-800-385-4101 (TTY: 711)** 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. **1-800-385-4101 (TTY: 711)** 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ເທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ື່ຖາທ່ ານ ື່ຕອງການຄວາມຊ່ວຍເື່ອຫອໃນພາສາຂອງ ັທານໃຫ້ ໂທຫາ ື່ປ

1-800-385-4101 (TTY: 711). ື່ຍງົມຄວາມຊ່ ວຍ ື່ອຫອແລະການ ື່ປວການສ່ຳ ື່ວບຄື

ນິພການ ັ່ເຊນເອກະສານ ື່ປນ ື່ອກສອນນຸນແລະ ື່ມໂຕ້ໂມມໃຫ ັ່ຍ ໃ ື່ຫໂທຫາ ື່ປ

1-800-385-4101 (TTY: 711). ການ ື່ປວການ ັ່ອື່ຫ ື່ານ ັ່່ປ ື່ຕອງເສຍຄ່ ັໃຊ້ ັ່ຈາຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **1-800-385-4101 (TTY: 711)**. Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hlou mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzaih bun longc. Douc waac daaih lorx **1-800-385-4101 (TTY: 711)**. Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-385-4101 (TTY: 711). ਆਪਣੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-385-4101 (TTY: 711).

ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-800-385-4101 (TTY: 711)**. Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1-800-385-4101 (TTY: 711)**. Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-800-385-4101 (TTY: 711)**. También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-800-385-4101 (TTY: 711)**. Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-800-385-4101 (TTY: 711)**. Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-800-385-4101 (TTY: 711)**. Libre ang mga serbisyonang ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณ ้ต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-800-385-4101 (TTY: 711)** นอกจากนี้ ี้ ้ยังพร้อมให้ ้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ ้ กรุณาโทรศัพท์ไปที่ **1-800-385-4101 (TTY: 711)** ไม่มีค่าใช้จ่าย ้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер **1-800-385-4101 (TTY: 711)**. Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер **1-800-385-4101 (TTY: 711)**. Ці послуги безкоштовні.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-800-385-4101 (TTY: 711)**. Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số **1-800-385-4101 (TTY: 711)**. Các dịch vụ này đều miễn phí.