

PEDIDO DE MEIOS ALTERNATIVOS DE COMUNICAÇÃO CONFIDENCIAL

Use este formulário se desejar receber correspondência ou telefonemas do Neighborhood num endereço diferente por motivos de segurança.

INSTRUÇÕES

Secção A: Preencha o seu nome, endereço, número de telefone e número de

identificação Neighborhood.

Secção B: Se for o representante pessoal de um membro, adicione o seu nome aqui e

anexe o documento adequado (por exemplo, uma procuração assinada).

Secção C: Preencha o endereço e/ou número de telefone onde deseja que o

Neighborhood entre em contacto consigo.

Secção D: O membro ou o seu representante pessoal DEVEM assinar este documento.

Devolva este Neighborhood Health Plan of Rhode Island

formulário Attn: Compliance Department

para: 910 Douglas Pike Smithfield, RI 02917

> Se precisar de ajuda com este formulário, entre em contacto com o Serviço para Membros do Neighborhood pelo número 1-800-963-1001 (TTY 711).

O INTEGRITY for Duals (HMO D-SNP) e o Dual CONNECT (HMO D-SNP) do Neighborhood Health Plan of Rhode Island são planos de saúde que têm contrato com o Medicare e o Rhode Island Medicaid Program (Programa Medicaid de Rhode Island). A inscrição no plano INTEGRITY for Duals ou Dual CONNECT do Neighborhood Health Plan of Rhode Island depende da renovação do contrato.



NOTA: O Neighborhood Health Plan of Rhode Island poderá enviar-lhe correspondência contendo as informações de saúde protegidas ou ligar-lhe para o endereço e número de telefone indicados nos nossos registos considerar que isso pode colocá-lo(a) em risco, tem o direito de pedir que utilizemos outra forma de contacto (poli do Neighborhood n.º 000054). Não o faremos apenas por motivos de conveniência. SECÇÃO B: REPRESENTANTE PESSOAL *Preencha esta secção apenas se não for o membro. Escreva o seu nome abaixo e assinale a caixa que descreve a relação com o membro. Anexe um comprovativo da sua relação com o membro (por exemplo, procuraç tutela, etc.). Nome do representante pessoal em letra de imprensa: Tutor legal: Anexe a documentação de tutela, que deve ter o carimbo e a assinatura do tribunal. Procuração: Anexa a procuração (deve incluir autorização para divulgação de informações de saúde) Executor: Anexe a carta de nomeação de executor, que deve ter o carimbo e a assinatura do tribunal. SECÇÃO C: NOVAS INFORMAÇÕES DE CONTATO Fornequ-nos o endereço, número de telefone, etc. que desiga que utilizemos: FNDEREÇO CIDADE ESTADO CÓDIGO POSTAL NOMERO DE TELEFONE DURNO ENCERÇO DE E-MAIL SECÇÃO D: ASSINATURA Assin e coloque a data: Li a declaração acima e considero que as minhas informações de saúde devem ser enviadas para outro endereço e número de telefone, pois, na minha opinião, outros métodos podem representar um risco para mim.	SECÇÃO A: INFORMAÇ <i>Preencha:</i>	CÕES DO MEMBRO)			
NOTA: O Neighborhood Health Plan of Rhode Island poderá enviar-lhe correspondência contendo as sinformações de saúde protegidas ou ligar-lhe para o endereço e número de telefone indicados nos nossos registos considerar que isso pode colocá-lo(a) em risco, tem o direito de pedir que utilizemos outra forma de contacto (poli do Neighborhood n.º 000054). Não o faremos apenas por motivos de conveniência. SECÇÃO B: REPRESENTANTE PESSOAL *Precencha esta secção apenas se não for o membro. Escreva o seu nome abaixo e assinale a caixa que descreve a relação com o membro. Anexe um comprovativo da sua relação com o membro (por exemplo, procuraç tutela, etc.). Nome do representante pessoal em letra de imprensa: Tutor legal: Anexe a documentação de tutela, que deve ter o carimbo e a assinatura do tribunal. Procuração: Anexar procuração (deve incluir autorização para divulgação de informações de saúde) Executor: Anexe a carta de nomeação de executor, que deve ter o carimbo e a assinatura do tribunal. SECÇÃO C: NOVAS INFORMAÇÕES DE CONTATO Forneça-nos o endereço, número de telejone, etc. que deseja que utilizemos: ENDEREÇO ESTADO CODIGO POSTAL NÚMERO DE TELEFONE DIURNO ENDEREÇO DE E-MAIL	NOME			NÚMERO DE TELEFONE DIURNO		
NOTA: O Neighborhood Health Plan of Rhode Island poderá enviar-lhe correspondência contendo as sinformações de saúde protegidas ou ligar-lhe para o endereço e número de telefone indicados nos nossos registos considerar que isso pode colocá-lo(a) em risco, tem o direito de pedir que utilizemos outra forma de contacto (poli do Neighborhood n.º 000054). Não o faremos apenas por motivos de conveniência. SECÇÃO B: REPRESENTANTE PESSOAL *Precancha esta secção apenas se não for o membro. Escreva o seu nome abaixo e assinale a caixa que descreve a relação com o membro. Anexe um comprovativo da sua relação com o membro (por exemplo, procuraç tutela, etc.). Nome do representante pessoal em letra de imprensa: Tutor legal: Anexe a documentação de tutela, que deve ter o carimbo e a assinatura do tribunal. Procuração: Anexar procuração (deve incluir autorização para divulgação de informações de saúde) Executor: Anexe a carta de nomeação de executor, que deve ter o carimbo e a assinatura do tribunal. SECÇÃO C: NOVAS INFORMAÇÕES DE CONTATO Forneça-nos o endereço, número de telefone, etc. que deseja que utilizemos: ENDEREÇO CIDADE ESTADO CÓDIGO POSTAL NÚMERO DE TELEFONE DIURNO ENDEREÇO DE E-MAIL SECÇÃO D: ASSINATURA Assine e coloque a data: Li a declaração acima e considero que as minhas informações de saúde devem ser enviadas para outro endereço e	ENDEREÇO					
informações de saúde protegidas ou ligar-lhe para o endereço e número de telefone indicados nos nossos registos considerar que isso pode colocá-lo(a) em risco, tem o direito de pedir que utilizemos outra forma de contacto (poli do Neighborhood n.º 000054). Não o faremos apenas por motivos de conveniência. SECÇÃO B: REPRESENTANTE PESSOAL *Preencha esta secção apenas se não for o membro. Escreva o seu nome abaixo e assinale a caixa que descreve a relação com o membro. Anexe um comprovativo da sua relação com o membro (por exemplo, procuraç tutela, etc.). Nome do representante pessoal em letra de imprensa: Tutor legal: Anexe a documentação de tutela, que deve ter o carimbo e a assinatura do tribunal. Procuração: Anexa procuração (deve incluir autorização para divulgação de informações de saúde) Executor: Anexe a carta de nomeação de executor, que deve ter o carimbo e a assinatura do tribunal. SECÇÃO C: NOVAS INFORMAÇÕES DE CONTATO Forneça-nos o endereço, número de telefone, etc. que deseja que utilizemos: ENDEREÇO CÓDIGO POSTAL NÚMERO DE TELEFONE DIURNO ENDEREÇO DE E-MAIL SECÇÃO D: ASSINATURA Assine e coloque a data: Li a declaração acima e considero que as minhas informações de saúde devem ser enviadas para outro endereço e	CIDADE	ESTADO		CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DE MEMBRO	
*Preencha esta secção apenas se não for o membro. Escreva o seu nome abaixo e assinale a caixa que descreve a relação com o membro. Anexe um comprovativo da sua relação com o membro (por exemplo, procuraç tutela, etc.). Nome do representante pessoal em letra de imprensa: Tutor legal: Anexe a documentação de tutela, que deve ter o carimbo e a assinatura do tribunal. Procuração: Anexar procuração (deve incluir autorização para divulgação de informações de saúde) Executor: Anexe a carta de nomeação de executor, que deve ter o carimbo e a assinatura do tribunal. SECÇÃO C: NOVAS INFORMAÇÕES DE CONTATO Forneça-nos o endereço, número de telefone, etc. que deseja que utilizemos: ENDEREÇO CIDADE ESTADO CÓDIGO POSTAL NÚMERO DE TELEFONE DIURNO ENDEREÇO DE E-MAIL SECÇÃO D: ASSINATURA Assine e coloque a data: Li a declaração acima e considero que as minhas informações de saúde devem ser enviadas para outro endereço e	informações de saúde proteg considerar que isso pode col	gidas ou ligar-lhe para ocá-lo(a) em risco, tem	o endero n o direit	eço e número de to de pedir que u	telefone indicados nos nossos registos. S tilizemos outra forma de contacto (polític	
letra de imprensa: Tutor legal: Anexe a documentação de tutela, que deve ter o carimbo e a assinatura do tribunal. Procuração: Anexar procuração (deve incluir autorização para divulgação de informações de saúde) Executor: Anexe a carta de nomeação de executor, que deve ter o carimbo e a assinatura do tribunal. SECÇÃO C: NOVAS INFORMAÇÕES DE CONTATO Forneça-nos o endereço, número de telefone, etc. que deseja que utilizemos: ENDEREÇO CIDADE ESTADO CÓDIGO POSTAL NÚMERO DE TELEFONE DIURNO ENDEREÇO DE E-MAIL SECÇÃO D: ASSINATURA Assine e coloque a data: Li a declaração acima e considero que as minhas informações de saúde devem ser enviadas para outro endereço e	*Preencha esta secção apena relação com o membro. An	as se não for o membro				
□ Procuração: Anexar procuração (deve incluir autorização para divulgação de informações de saúde) □ Executor: Anexe a carta de nomeação de executor, que deve ter o carimbo e a assinatura do tribunal. SECÇÃO C: NOVAS INFORMAÇÕES DE CONTATO Forneça-nos o endereço, número de telefone, etc. que deseja que utilizemos: ENDEREÇO CIDADE ESTADO CÓDIGO POSTAL NÚMERO DE TELEFONE DIURNO ENDEREÇO DE E-MAIL SECÇÃO D: ASSINATURA Assine e coloque a data: Li a declaração acima e considero que as minhas informações de saúde devem ser enviadas para outro endereço e	1 1	essoal em				
Executor: Anexe a carta de nomeação de executor, que deve ter o carimbo e a assinatura do tribunal. SECÇÃO C: NOVAS INFORMAÇÕES DE CONTATO Forneça-nos o endereço, número de telefone, etc. que deseja que utilizemos: ENDEREÇO CIDADE ESTADO CÓDIGO POSTAL NÚMERO DE TELEFONE DIURNO ENDEREÇO DE E-MAIL SECÇÃO D: ASSINATURA Assine e coloque a data: Li a declaração acima e considero que as minhas informações de saúde devem ser enviadas para outro endereço e	☐ Tutor legal : Anexe a o	documentação de tutela,	que deve	e ter o carimbo e a	assinatura do tribunal.	
SECÇÃO C: NOVAS INFORMAÇÕES DE CONTATO Forneça-nos o endereço, número de telefone, etc. que deseja que utilizemos: ENDEREÇO CIDADE ESTADO CÓDIGO POSTAL NÚMERO DE TELEFONE DIURNO ENDEREÇO DE E-MAIL SECÇÃO D: ASSINATURA Assine e coloque a data: Li a declaração acima e considero que as minhas informações de saúde devem ser enviadas para outro endereço e	☐ Procuração : Anexar p	orocuração (<u>deve incluir</u> a	autorizaç	ão para divulgação	o de informações de saúde)	
Forneça-nos o endereço, número de telefone, etc. que deseja que utilizemos: ENDEREÇO CIDADE NÚMERO DE TELEFONE DIURNO ENDEREÇO DE E-MAIL SECÇÃO D: ASSINATURA Assine e coloque a data: Li a declaração acima e considero que as minhas informações de saúde devem ser enviadas para outro endereço e	☐ Executor : Anexe a can	rta de nomeação de exec	utor, que	e deve ter o carimb	oo e a assinatura do tribunal.	
NÚMERO DE TELEFONE DIURNO ENDEREÇO DE E-MAIL SECÇÃO D: ASSINATURA Assine e coloque a data: Li a declaração acima e considero que as minhas informações de saúde devem ser enviadas para outro endereço e	Forneça-nos o endereço, número o	3				
SECÇÃO D: ASSINATURA Assine e coloque a data: Li a declaração acima e considero que as minhas informações de saúde devem ser enviadas para outro endereço e	CIDADE		ESTADO		CÓDIGO POSTAL	
Assine e coloque a data: Li a declaração acima e considero que as minhas informações de saúde devem ser enviadas para outro endereço e	NÚMERO DE TELEFONE DIURNO		ENDEREÇO DE E-M			
	Assine e coloque a data: Li a declaração acima e cons	idero que as minhas in	-		-	