



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 formulário para:** Neighborhood Health Plan of Rhode Island
Attn: Compliance Department
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.

PEDIDO DE MEIOS ALTERNATIVOS DE COMUNICAÇÃO CONFIDENCIAL

SECÇÃO A: INFORMAÇÕES DO MEMBRO*Preencha:*

NOME		NÚMERO DE TELEFONE DIURNO	
ENDEREÇO			
CIDADE	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DE MEMBRO

NOTA: O Neighborhood Health Plan of Rhode Island poderá enviar-lhe correspondência contendo as suas informações de saúde protegidas ou ligar-lhe para o endereço e número de telefone indicados nos nossos registos. Se considerar que isso pode colocá-lo(a) em risco, tem o direito de pedir que utilizemos outra forma de contacto (política 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 sua relação com o membro. **Anexe um comprovativo da sua relação com o membro (por exemplo, procuração, 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/ou número de telefone, pois, na minha opinião, outros métodos podem representar um risco para mim.

ASSINATURA DO MEMBRO OU REPRESENTANTE PESSOAL

DATA