

លិខិតយល់ព្រមរបស់សមាជិកសម្រាប់ការចេញផ្សាយព័ត៌មានសុខភាពដែល

ត្រូវបានការពារ (PHI)

ប្រើទម្រង់លិខិតនេះប្រសិនបើអ្នកចង់អនុញ្ញាតឱ្យនរណាម្នាក់មើល ឬទទួលបានព័ត៌មានសុខភាពដែលត្រូវបានការពាររបស់អ្នក។
សម្គាល់៖ ទម្រង់លិខិតនេះមិនអនុញ្ញាតឱ្យនរណាម្នាក់ធ្វើការផ្លាស់ប្តូរព័ត៌មានរបស់អ្នក ស្នើសុំសេវាកម្ម ឬដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬសារទុក្ខទេ។
 បើអ្នកចង់ឱ្យអ្នកណាម្នាក់ជួយអ្នកស្នើសុំសេវាកម្ម ឬដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍/សារទុក្ខ អ្នកត្រូវតែបំពេញទម្រង់បែបបទ អ្នកតំណាងបណ្តឹង
 ឧទ្ធរណ៍ដែលមានការអនុញ្ញាតរបស់គម្រោងសុខភាព Neighborhood ឬមេបញ្ជូនទាំងឯកសារច្បាប់ដូចជាលិខិតឆ្លើសិទ្ធិ អាណាព្យាបាលភាព
 ឬភាពជាអ្នកប្រតិបត្តិ។

ការណែនាំ

- ផ្នែក A៖ បំពេញឈ្មោះសមាជិក អាសយដ្ឋាន លេខទូរសព្ទ និងលេខសម្គាល់គម្រោងសុខភាព Neighborhood។
 - ផ្នែក B៖ ប្រសិនបើអ្នកជាតំណាងផ្ទាល់ខ្លួនរបស់សមាជិក សូមបន្ថែមឈ្មោះរបស់អ្នកនៅទីនេះ ហើយភ្ជាប់ឯកសារត្រឹមត្រូវ (ឧទាហរណ៍ លិខិតឆ្លើសិទ្ធិដែលបានចុះហត្ថលេខា)។
 - ផ្នែក C៖ សូមជ្រើសរើសយកព័ត៌មានរបស់គម្រោងសុខភាព Neighborhood ដើម្បីចែករំលែក - អ្នកអាចជ្រើសរើសព័ត៌មានទាំងអស់ ឬគ្រាន់តែព័ត៌មានខ្លះប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើអ្នកប្រធានបទព័ត៌មាន “ដែលត្រូវបានការពារក្នុងកម្រិតខ្ពស់” ណាមួយត្រូវបានគូសផឹកទេ នោះនឹងមិនត្រូវបានចែកចាយឡើយ។
 - ផ្នែក D៖ បំពេញឈ្មោះមនុស្ស ឬកន្លែងដែលអ្នកចង់ចែកចាយព័ត៌មានជាមួយ ។ សូមចំណាំ៖ អ្នកមិនចាំបាច់បំពេញទម្រង់លិខិតទេ ប្រសិនបើអ្នកចង់ចែកចាយព័ត៌មានជាមួយគម្រោងសុខភាព Neighborhood ឬជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាគម្រោងសុខភាព Neighborhood។
 - ផ្នែក E៖ សូមជ្រើសរើសប្រសិនបើអ្នកចង់ចែកចាយព័ត៌មានរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេលកំណត់ឬរយៈពេលពេញដែលអ្នកនៅជាមួយអ្នកគម្រោងសុខភាព Neighborhood។ អ្នកអាចលុបចោលលិខិតអនុញ្ញាតនេះនៅពេលណាមួយដោយសរសេរទៅកាន់គម្រោងសុខភាព Neighborhood នៅអាសយដ្ឋានខាងក្រោម (គោលនយោបាយរបស់គម្រោងសុខភាព Neighborhood លេខ #000059)។
 - ផ្នែក F៖ អ្នក ឬអ្នកតំណាងផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើឯកសារនេះ។
- សូមប្រគល់ទម្រង់លិខិតនេះវិញ
 ទៅ៖ គម្រោងសុខភាព Neighborhood នៃរដ្ឋ Rhode Island
 តាមរយៈ៖ នាយកដ្ឋានអនុលោមភាព
 910 Douglas Pike, Smithfield, RI 02917

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយបំពេញទម្រង់លិខិតនេះ សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកគម្រោងសុខភាព

Neighborhood៖

គម្រោង Medicaid៖ 1-800-459-6019 (TTY 711)

Neighborhood INTEGRITY (គម្រោង Medicare-Medicaid)៖ 1-844-812-6896 (TTY 711)

គម្រោងពាណិជ្ជកម្ម៖ 1-855-321-9244 (TTY 711)

លិខិតយល់ព្រមរបស់សមាជិកសម្រាប់ការចេញផ្សាយព័ត៌មានសុខភាពដែលត្រូវបានការពារ (PHI)

ផ្នែក A: ព័ត៌មានអំពីសមាជិក

ទម្រង់លិខិតនេះអាចប្រើបានសម្រាប់តែសមាជិកម្នាក់ប៉ុណ្ណោះ។ សូមបញ្ជូនទម្រង់លិខិតដាច់ដោយឡែកមួយសម្រាប់សមាជិកម្នាក់ៗ។

ឈ្មោះ		លេខទូរស័ព្ទសម្រាប់ទាក់ទងពេលវេលា	
អាសយដ្ឋាន			
ទីក្រុង	រដ្ឋ	ប៊ូបកូដ	លេខសម្គាល់សមាជិក#

ផ្នែក B: អ្នកតំណាងផ្ទាល់ខ្លួន

ប្រសិនបើអ្នកមិនមែនជាសមាជិក សូមសរសេរឈ្មោះរបស់អ្នកជាអក្សរពុម្ពធំនៅខាងក្រោម ហើយផ្ញើកម្របដែលពិពណ៌នាអំពីទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកជាមួយសមាជិក។ សូមភ្ជាប់ភស្តុតាងនៃទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកជាមួយសមាជិក (ឧទាហរណ៍ លិខិតផ្ទេរសិទ្ធិ កាតព្វកិច្ចព្រមព្រៀង។ល។)។

សូមសរសេរឈ្មោះរបស់អ្នកតំណាងផ្ទាល់ខ្លួនជាអក្សរពុម្ពធំ៖ _____

- អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់៖ ភ្ជាប់ឯកសារភាពអាណាព្យាបាលដែលត្រូវតែមានបោះត្រា និងហត្ថលេខារបស់តុលាការ។
- លិខិតផ្ទេរសិទ្ធិ៖ ភ្ជាប់លិខិតផ្ទេរសិទ្ធិ (ត្រូវដាក់បញ្ចូល ការអនុញ្ញាតក្នុងការចេញផ្សាយព័ត៌មានស្តីពីការថែទាំសុខភាព)
- អ្នកប្រតិបត្តិ៖ ភ្ជាប់លិខិតតែងតាំងអ្នកប្រតិបត្តិដែលត្រូវតែមានត្រា និងហត្ថលេខារបស់តុលាការ។

ផ្នែក C: ព័ត៌មានដែលត្រូវបានចែកចាយ (គូសផឹកមួយ)

- ព័ត៌មានទាំងអស់ (រាប់បញ្ចូលទាំងកំណត់ត្រាផ្ទាល់ខ្លួន កំណត់ត្រាសុខភាព អាសយដ្ឋាន បណ្តឹងទាមទារសំណង វិក្កយបត្រ និងកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ)
- មានតែព័ត៌មានមានកំណត់ (ដូចជាសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់ កាលបរិច្ឆេទ ឬព័ត៌មានលម្អិតអំពីការចេញវិក្កយបត្រ)

(ពិពណ៌នា) _____

សូមពិនិត្យមើលនៅខាងក្រោមប្រសិនបើអ្នកចង់បញ្ចូលអ្វីដែលត្រូវបានការពារកម្រិតខ្ពស់៖

- កំណត់ត្រាអំពីការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន (រួមទាំងគ្រឿងស្រវឹង)
- កំណត់ត្រាការព្យាបាលមេរោគអេដស៍ ឬជំងឺអេដស៍
- សេវាកម្មសុខភាពផ្លូវចិត្ត (មិនរាប់បញ្ចូលកំណត់ចំណាំការព្យាបាលចិត្តសាស្ត្រ)

ផ្នែក D: បុគ្គល ឬអង្គការដែលអាចទទួលបានព័ត៌មានរបស់អ្នក

សម្គាល់៖ ព័ត៌មានដែលបានចែកចាយជាមួយបុគ្គល/អង្គការដែលមិនត្រូវបានឱ្យគោរពច្បាប់ឯកជនភាពគឺមិនត្រូវបានការពារទៀតទេ។

សរសេរជាអក្សរពុម្ពធំនៃនាមត្រកូលនិងនាមខ្លួនរបស់បុគ្គល ឬឈ្មោះលម្អិតបំផុតដែលអាចធ្វើបានសម្រាប់អង្គការ (ឧទាហរណ៍ ឈ្មោះការិយាល័យច្បាប់)។

សរសេរបញ្ចូលហេតុផលដែលអ្នកចង់ចែកចាយព័ត៌មានរបស់អ្នកដូចជា “ជួយក្នុងការថែទាំ”។

បុគ្គល/អង្គការដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យទទួលបានព័ត៌មានរបស់អ្នក

គោលបំណង

ផ្នែក ៥: ការផ្គត់ផ្គង់

ទម្រង់លិខិតនេះនឹងផ្គត់ផ្គង់ (គូសជីកតែមួយប្រអប់)៖

- នៅកាលបរិច្ឆេទនេះ (ខែ ថ្ងៃ និងឆ្នាំ)៖ _____
- នៅពេលត្រូវបានលុបចោល ឬពេលដែលខ្ញុំស្លាប់។

ផ្នែក ៥: ហត្ថលេខា

ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់ និងចែកចាយព័ត៌មានសុខភាពដែលត្រូវបានការពាររបស់ខ្ញុំ ដូចដែលបានរៀបរាប់ខាងលើតាមសំណើរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថា ការព្យាបាល ការបង់ប្រាក់ ការចុះឈ្មោះ ឬសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នីមួយៗលើទាំងឡាយនេះហត្ថលេខាលើទម្រង់លិខិតនេះឬអត់ទេ។

ហត្ថលេខារបស់សមាជិក/អ្នកតំណាងផ្ទាល់ខ្លួន

កាលបរិច្ឆេទ

- ថតចម្លងទម្រង់លិខិតនេះដែលបានចុះហត្ថលេខាសម្រាប់ទុកជាកំណត់ត្រារបស់អ្នក -

គម្រោងសុខភាព Neighborhood នៃរដ្ឋ Rhode Island គឺជាគម្រោងសុខភាពមួយដែលចុះកិច្ចសន្យាជាមួយទាំងគម្រោង Medicare និងគម្រោង Rhode Island Medicaid ដើម្បីផ្តល់នូវអត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធីទាំងពីរនេះជូនសមាជិក។

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call Member Services at 1-844-812-6896 (TTY 711), 8 am to 8 pm, Monday – Friday; 8 am to 12 pm on Saturday. On Saturday afternoons, Sundays and holidays, you may be asked to leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

ATENCIÓN: Si usted habla Español, servicios de asistencia con el idioma, de forma gratuita, están disponibles para usted. Llame a Servicios a los Miembros al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, de lunes a viernes, de 8 am a 12 pm los Sábados. En las tardes de los Sábados, domingos y feriados, se le pedirá que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

ATENÇÃO: Se fala português, estão disponíveis serviços de assistência linguística gratuitamente. Ligue para os Serviços dos Membros através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; e das 8h às 12h, ao sábado, domingos e feriados. Nas tardes de sábado, domingos e feriados, pode ser convidado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte. A chamada é gratuita.

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ មានសេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-844-812-6896 (TTY 711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ 8 យប់ថ្ងៃចន្ទ - សុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ 12 យប់នៅថ្ងៃសៅរ៍។ នៅរៀងរាល់រសៀលថ្ងៃសៅរ៍ ថ្ងៃអាទិត្យ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក

អ្នកអាចត្រូវបានស្នើសុំឱ្យទុកសារ។ ការហៅរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានគេហៅត្រឡប់មកវិញក្នុងថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។
ការទូរស័ព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។