

К данному письму прилагается форма разрешения участника. Пожалуйста, заполните ее всю, подпишите и отправьте компании Providence Medicare Advantage Plans.

### **Требования к раскрытию информации об участнике**

Компания Providence Medicare Advantage Plans обязуется защищать конфиденциальность своих участников. Однако могут возникнуть и возникают случаи, когда близкому человеку требуется помочь участнику с различными решениями относительно медицинского страхования, финансовых вопросов, выбора основного лечащего врача первичной помощи и т. п. Обычно такие случаи возникают вследствие ухудшения здоровья или психического состояния участника. Ради как можно лучшего удовлетворения потребностей участников Providence Medicare Advantage Plans и их семей мы информируем вас о нашей политике касательно раскрытия информации об участнике.

Организация Providence Medicare Advantage Plans не раскроет информацию об участнике родственникам и друзьям, не имея в распоряжении как минимум одной из следующих действующих форм:

- копия правового документа с указанием назначенного судом законного опекуна или попечителя;
- доверенность на принятие медицинских решений и распоряжение для врачей;
- форма разрешения участника (прилагается);
- копия генеральной доверенности (с конкретной формулировкой, позволяющей доверенному лицу вносить изменения или получать информацию).

**В связи с различиями в содержании этих документов они не гарантируют вашим близким тот же уровень доступа к информации и полномочия по принятию решений, что и участнику или законному опекуну участника.**

Вы можете отправить форму разрешения участника Providence Medicare Advantage Plans на адрес:

Providence Medicare Advantage Plans  
PO Box 5548  
Portland Oregon 97228-5548

Вы можете отправить форму разрешения участника по факсу на номер 503-574-8608 или вручить ее лично (*если вы отправляете форму по почте, используйте только указанный выше адрес с абонентским ящиком*) по следующему адресу:

Providence Medicare Advantage Plans  
3601 SW Murray Blvd. #10  
Beaverton Oregon 97005-2359

**Обратите внимание: прилагаемая форма должна быть заполнена и подписана, а также содержать дату подписания.**

Если у вас возникнут другие вопросы или какие-либо сомнения, обратитесь в отдел обслуживания клиентов компании Providence Medicare Advantage Plans, позвонив по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340. Если у вас нарушен слух и вы пользуетесь телетайпом, позвоните на нашу линию телетайпа по номеру 711. Операторы службы поддержки готовы отвечать на ваши вопросы семь дней в неделю с 8:00 до 20:00 (по тихоокеанскому поясному времени).

С благодарностью,

Providence Medicare Advantage Plans

**MEMBER AUTHORIZATION FORM**  
**ФОРМА РАЗРЕШЕНИЯ УЧАСТНИКА**

By completing the Member Authorization form, you are telling Providence Medicare Advantage Plans that you chose the named person in Part B below and this form allows Providence Medicare Advantage Plans to disclose your Protected Health Information (PHI) and Personally Identifiable Information (PII) to the person you choose.

Заполняя форму разрешения участника, вы сообщаете компании Providence Medicare Advantage Plans, что вы выбрали указанное лицо в части В ниже, и эта форма позволяет компании Providence Medicare Advantage Plans раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию (PHI) и персональные данные (PII), выбранному вами лицу.

Part A. Information about the member whose healthcare information will be disclosed.  
Часть А. Информация об участнике, чья медицинская информация будет разглашаться.

Part B. Name of the person or company you are authorizing to receive your PHI/PII.  
Часть В. Имя лица или компании, которой вы разрешаете получать вашу PHI/PII.

Part C. The reason for your authorization? For the personal use of the member, for a specific reason or event or for a legal purpose.  
Часть С. Причина вашего разрешения. Для личного пользования, для конкретного повода или события или для законных целей.

Part D. Tell us what information may be disclosed.  
Часть D. Расскажите нам, какая информация может раскрываться.

**All Information:** Check if authorizing “all PHI” as listed to be shared with the person or company listed in PART B except for Sensitive Health Information.

**Вся информация.** Отметьте, разрешаете ли вы передачу «всей PHI», как указано в списке, лицу или компании, указанным в ЧАСТИ В, за исключением конфиденциальной медицинской информации.

**Or/Или**

**Only the information specified:** Check each item you are authorizing.

**Только указанная информация.** Отметьте каждый пункт, на который вы даете разрешение.

Part E. Tell us what sensitive information may be disclosed.  
Часть E. Расскажите нам, какая конфиденциальная информация может раскрываться.

**Sensitive Health Information:** Please note that you will need to place your initials next to the Sensitive Information if you wish to authorize release of this information. **Please note:** The signature of a minor is required to authorize release of Sensitive Health Information to their parent or legal guardian in order for Providence Medicare Advantage Plans to disclose this information. (To authorize the release, the minor must sign the form along with the parent/guardian to be valid.)

**Конфиденциальная информация о здоровье.** Обратите внимание: вам нужно будет поставить свои инициалы рядом с конфиденциальной информацией, если вы хотите разрешить ее раскрытие. **Обратите внимание:** для того чтобы компания Providence

**MEMBER AUTHORIZATION FORM  
ФОРМА РАЗРЕШЕНИЯ УЧАСТНИКА**

Medicare Advantage Plans могла раскрыть эту информацию, требуется подпись несовершеннолетнего, разрешающая передачу конфиденциальной медицинской информации его родителям или законным опекунам. (Чтобы разрешить раскрытие информации, несовершеннолетний должен подписать форму вместе с родителем/опекуном, и тогда она будет действительной.)

Part F. You may allow the person in PART B to perform administrative functions on your behalf.  
Часть F. Вы можете разрешить лицу, указанному в ЧАСТИ B, выполнять административные функции от вашего имени.

Part G. Date your Authorization Expires  
Часть G. Дата окончания срока действия вашего разрешения

Part H. You have the right to revoke your authorization and you understand what you have authorized.  
Часть H. У вас есть право отозвать свое разрешение, и вы понимаете, что именно вы разрешили.

Part I. Your Approval (signature & date)  
Часть I. Ваше разрешение (подпись и дата)

Use this form to authorize Providence Medicare Advantage Plans to use or to disclose your health information to another person or company. The Authorization Form must be completed in full for it to be valid. Please complete the following information exactly as it appears on your member identification (ID) card.

Используйте эту форму, чтобы разрешить Providence Medicare Advantage Plans использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию другому лицу или компании. Чтобы форма разрешения была действительной, ее необходимо заполнить полностью. Заполните следующую информацию в точности так, как она указана на вашей идентификационной карте участника (ID).

<b>PART A: MEMBER INFORMATION ЧАСТЬ А. ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧАСТНИКЕ</b>		
<b>Member Last Name</b> Фамилия участника	<b>Member First Name</b> Имя участника	<b>Middle Initial</b> Инициал второго имени
<b>Member Date of Birth</b> Дата рождения участника	<b>Member Identification Number</b> (See your member ID card) Идентификационный номер участника (см. на идентификационной карте участника)	<b>Group Number</b> (See your member ID card) Номер группы (см. на идентификационной карте участника)
<b>Member Home/Street Address</b> Адрес участника с указанием улицы и номера дома	<b>City and State, Zip Code</b> Город, штат, почтовый индекс	<b>Preferred Phone #</b> Предпочтительный номер телефона

**PART B: PERSON OR COMPANY WHO WILL RECEIVE THIS INFORMATION**  
**ЧАСТЬ В: ЛИЦО ИЛИ КОМПАНИЯ, КОТОРЫЕ ПОЛУЧАТ ЭТУ ИНФОРМАЦИЮ**

The following person(s), facility or company have the right to receive my protected health/personal information. (They must be 18 years of age or older). Please fill in the below: /Право на получение моей защищенной медицинской/личной информации имеют следующие лица, учреждения или компании. (Эти лица должны быть старше 18 лет.) Укажите их в следующем поле.

Recipient's Name/Имя получателя: \_\_\_\_\_

Relationship to Member/Кем приходится участнику: \_\_\_\_\_  
(Spouse/Domestic Partner/Friend/Caretaker/Broker/Other)  
(Супруг/Сожитель/Друг/Опекун/Брокер/Другое)

**PART C: THE REASON FOR MY AUTHORIZATION (check one):**  
**ЧАСТЬ С. ПРИЧИНА ДЛЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ РАЗРЕШЕНИЯ (укажите одну):**

- Personal Use/Личное использование  
 Only for this reason/event(s)/Только в связи с этой причиной/событием(ями):

\_\_\_\_\_  
**(Only applies for a specific reason or event, an example might be to settle a claim or a one-time release)/(Подходит только для определенной причины или события, например для урегулирования претензии или однократного разрешения)**

- Legal Purpose/Законная цель

**PART D: INFORMATION THAT CAN BE RELEASED BY PROVIDENCE MEDICARE ADVANTAGE PLANS**

**ЧАСТЬ D. ИНФОРМАЦИЯ, КОТОРУЮ МОЖЕТ ПРЕДОСТАВИТЬ ПРОГРАММА PROVIDENCE MEDICARE ADVANTAGE PLANS**

I allow the following information to be disclosed by Providence Medicare Advantage Plans on my behalf to the person in PART B./Я разрешаю, чтобы компания Providence Medicare Advantage Plans от моего имени раскрывала следующую информацию лицу, указанному в ЧАСТИ В.

- All Information (as listed to the right)/Вся информация (как указано справа):** Отметьте, разрешаете ли вы передачу «всей PHI», как указано в списке, лицу или компании, указанным в ЧАСТИ В, за исключением конфиденциальной медицинской информации. **(Обратите внимание: вам все равно нужно поставить инициалы в полях для передачи любой конфиденциальной информации, если вы хотите разрешить ее раскрытие.)**
- Only the information specified below/Только указанная ниже информация:** **(Please check each one that applies)/(отметьте все подходящие варианты):**
- Eligibility/Benefits/Требования к участникам / преимущества
  - Enrollment/Регистрация
  - Claims Information.Информация о заявках
  - Clinical Notes/Клинические записи
  - Medical Information (diagnosis, treatment, medication)/Медицинская информация (диагноз, лечение, лекарства)
  - Premium Information/Resolve Billing Questions/Problems/Информация о взносах/решение вопросов / проблем с выставлением счетов
  - Referrals and Authorization of Medical Services/Направление и разрешение на оказание медицинских услуг

**PART E: I ALSO APPROVE THE RELEASE OF SENSITIVE INFORMATION**  
**ЧАСТЬ Е. Я ТАКЖЕ РАЗРЕШАЮ РАСКРЫТИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ**  
**ИНФОРМАЦИИ**

If the information to be used/disclosed contains any of the types of records or information listed below, additional laws relating to the use and disclosure of the information may apply.

Если информация, которую необходимо использовать/раскрыть, содержит любой из типов записей или сведений, перечисленных ниже, могут действовать дополнительные законы относительно использования и раскрытия информации.

\*I understand that my alcohol/substance abuse records are protected under Federal and State confidentiality laws and regulations and cannot be disclosed without my written consent unless otherwise provided for in the laws and regulations. I understand and agree that the below information will only be disclosed if I **place my initials** in the applicable space next to the type of information. **Please note:** The signature of a minor is required to authorize Providence Medicare Advantage Plans to release certain sensitive health information pertaining to the minor.

\* Я понимаю, что мои записи о злоупотреблении алкоголем/наркотиками защищены федеральными и государственными законами и правилами о конфиденциальности и не могут разглашаться без моего письменного согласия, если иное не предусмотрено законами и правилами. Я понимаю и соглашаюсь с тем, что приведенная ниже информация будет раскрываться только, если я **поставлю свои инициалы** в соответствующем месте рядом с типом информации. **Обратите внимание:** чтобы разрешить компании Providence Medicare Advantage Plans предоставлять определенную конфиденциальную медицинскую информацию относительно несовершеннолетнего, требуется подпись несовершеннолетнего.

\_\_\_ AIDS or HIV/СПИД или ВИЧ

\_\_\_ Alcohol/Drug/Substance Abuse (diagnosis, treatment or referral information)\*/Злоупотребление алкоголем/наркотиками (диагностика, лечение или информация о направлении)\*

\_\_\_ Genetic Information (services or tests)/Генетическая информация (услуги или анализы)

\_\_\_ Материнство/беременность (репродуктивное здоровье)

\_\_\_ Maternity/Pregnancy (reproductive health)/Данные и записи о психическом здоровье

\_\_\_ Sexually Transmitted Illness/Disease (testing and treatment)/Заболевания, передающиеся половым путем (анализы и лечение)

**PART F: PERMISSION TO ACT ON MY BEHALF**  
**ЧАСТЬ F: РАЗРЕШЕНИЕ ДЕЙСТВОВАТЬ ОТ МОЕГО ИМЕНИ**

To perform **EVERY ACT** listed below/Выполнять **ВСЕ ДЕЙСТВИЯ**, перечисленные ниже

**OR/ИЛИ**

To perform **ONLY** those acts *check marked below*/Выполнять **ТОЛЬКО** действия, *отмеченные ниже*:

- Request a new ID card/Запрос новой идентификационной карты
- Change my Address/Изменение моего адреса
- Inquire/Choose/Change my Primary Care Physician/Запрос/выбор/изменение моего лечащего врача
- Enroll/Disenroll me from the Plan/Регистрация в плане/исключение из плана
- Correct Missing/Erroneous Demographic Information (age, gender, marital status, race)/Исправление пропущенной/ошибочной демографической информации (возраст, пол, семейное положение, раса)

**PART G: DATE YOUR AUTHORIZATION EXPIRES: (check one):**  
**ЧАСТЬ G. ДАТА ОКОНЧАНИЯ СРОКА ДЕЙСТВИЯ ВАШЕГО РАЗРЕШЕНИЯ (Отметьте один вариант)**

Please check the below **expiration date** you wish to have for this authorization:

Укажите дату истечения срока действия данного разрешения:

- Maximum** allowed time of **12 months** from the date of signature/Максимально допустимый срок — **12 месяцев** с даты подписания
- Other Date/Event listed here: (**Only If** less than 12 months)/Другая дата/событие, указанные здесь: (**Только если** меньше 12 месяцев)

**If there is no earlier expiration date/event indicated, this authorization shall be in force and in effect until it expires 12 months from the date of signature**

**Если не указана более ранняя дата истечения срока действия/событие, настоящее разрешение будет действовать до истечения 12 месяцев с даты подписания.**

**PART H: REVOCATION AND REVIEW**  
**ЧАСТЬ H: ОТЗЫВ И ПЕРЕСМОТР**

I have the right to revoke this Authorization in writing at any time. If I revoke my Authorization, the information described above will no longer be used or disclosed for the reasons stated on this written Authorization, except to the extent that Providence Medicare Advantage Plans already has already acted in reliance on my Authorization. Any uses or disclosures already made with my Authorization cannot be taken back. To revoke this Authorization, please send a written statement to Providence Medicare Advantage Plans at P.O. Box 5548, Portland, OR 97228 and state that you are revoking this Authorization. Please include a copy of the original Authorization if available. Otherwise, please include your name, ID# and date of birth, the name of the person(s) whom you would like to revoke from receiving your protected health information.

У меня есть право в любое время отозвать данное разрешение в письменном виде. Если я отзову

свое разрешение, описанная выше информация больше не будет использоваться или раскрываться по причинам, указанным в этом письменном разрешении, за исключением случаев, когда компания Providence Medicare Advantage Plans уже действовала на основании моего разрешения. Любое использование или раскрытие информации, уже осуществленное с моего разрешения, не подлежит отмене. Чтобы отозвать данное разрешение, отправьте письменное заявление в компанию Providence Medicare Advantage Plans по адресу: P.O. Box 5548, Portland, OR 97228 и укажите, что вы отзываете свое разрешение. Приложите копию оригинала разрешения, если оно имеется. В противном случае укажите свое имя, идентификационный номер и дату рождения, имя лиц, которым вы хотели бы запретить получать защищенную медицинскую информацию.

The revocation will be effective immediately upon Providence Medicare Advantage Plans' receipt and processing of your written statement. **Please note:** that if you have authorized the release of ONLY alcohol or substance use treatment records, you may revoke this authorization verbally. Revocation involving all other types of health care records must be done in writing.

Отзыв вступает в силу немедленно после получения и обработки компанией Providence Medicare Advantage Plans вашего письменного заявления. **Обратите внимание:** если вы разрешили раскрытие ТОЛЬКО записей о лечении алкогольной или наркотической зависимости, вы можете отозвать это разрешение в устной форме.

Отзыв всех других видов медицинских документов необходимо оформить в письменном виде.

I have read the contents of this authorization. I understand, agree, and allow Providence Medicare Advantage Plans to use and disclose my information as I have stated above. I also understand that signing this authorization form is of my own free will. I understand that Providence Medicare Advantage Plans does not require that I sign this authorization form in order for me to receive treatment, payment, or for enrollment or being eligible for benefits. I understand that the information used or disclosed pursuant to this Authorization may be subject to re-disclosure and no longer be protected under federal law. However, I also understand that federal or state law may restrict re-disclosure of HIV/AIDS test or result information, mental health information, genetic information and drug/alcohol diagnosis, treatment or referral information.

Я прочитал(а) содержание данного разрешения. Я понимаю, соглашаюсь с этим и разрешаю компании Providence Medicare Advantage Plans использовать и раскрывать мою информацию, как я указал(а) выше. Я также понимаю, что подписываю данную форму разрешения по собственной воле. Я понимаю, что Providence Medicare Advantage Plans не требует от меня подписания этой формы разрешения для получения лечения, оплаты, а также для регистрации в программе или получения права на преимущества. Я понимаю, что информация, используемая или раскрываемая в соответствии с данным разрешением, может подлежать повторному раскрытию и больше не подлежит защите в соответствии с федеральным законодательством. Однако я также понимаю, что федеральный закон или закон штата могут ограничить повторное разглашение информации о результатах теста на ВИЧ/СПИД, информации о психическом здоровье, генетической информации и информации о диагностике, лечении или направлении на лечение от наркотической/алкогольной зависимости.



**PART I: APPROVAL MEMBER (SIGNATURE AND DATE)**

**ЧАСТЬ I: УЧАСТНИК, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИЙ РАЗРЕШЕНИЕ (ПОДПИСЬ И ДАТА)**

By/Имя: \_\_\_\_\_ Date/Дата: \_\_\_\_\_  
(Member Signature)/(Подпись участника)

– OR –/– ИЛИ –

By/Имя: \_\_\_\_\_ Date/Дата: \_\_\_\_\_  
(Member's Designated Legal Representative/Guardian Signature)  
(Подпись уполномоченного законного представителя/опекуна участника)

Relationship to member/Кем приходится участнику:

- Parent/Один из родителей     Legal guardian\*/Законный опекун\*  
 Holder of Power of Attorney\*/Держатель доверенности\*

**\*If this form is signed by someone other than the member or Parent, please attach legal documentation if you are the legal guardian or Holder of Power of Attorney.**

**\* Если эта форма подписана не участником или его родителями, приложите соответствующие документы о том, что вы являетесь законным опекуном или держателем доверенности.**

*• Note: To parents/legal guardians of minors: state laws may prohibit Providence Medicare Advantage Plans from acting on your request about Sensitive Information without written authorization from the minor member. (Both parent and minor must sign)/Примечание для родителей/законных опекунов несовершеннолетних: законы штата могут запретить компании Providence Medicare Advantage Plans выполнять ваш запрос о конфиденциальной информации без письменного разрешения несовершеннолетнего участника. (Подпись должны поставить и родитель, и несовершеннолетний)*

**PLEASE KEEP A COPY OF THIS FORM FOR YOUR RECORDS  
СОХРАНИТЕ КОПИЮ ЭТОЙ ФОРМЫ ДЛЯ ВАШИХ ЗАПИСЕЙ**