

Խորհրդապահական հաղորդումների խնդրանքի ձև



Health Net, LLC-ն* (Health Net) ցանկանում է տեղեկացնել, որ ընտրանք ունեք Ձեր պաշտպանված առողջական տեղեկության (PHI) վերաբերյալ: Կարող եք դասավորել, որ Health Net-ը բոլոր PHI պարունակող հաղորդումները ուղղակի Ձեզ ուղարկի՝ ի փոխարեն Ձեր ընտանիքի առողջական ապահովագրի գլխավոր բաժանորդին:

Կալիֆորնիայի օրենքը հայտարարում է՝ «Ձգայուն ծառայությունները նշանակում է՝ բոլոր առողջական խնամքի ծառայությունները, որոնք վերաբերում են հոգեկան կամ վարքագծային առողջությանը, սեռական և վերարտադրողական առողջությանը, սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակներին, թմրանյութերի օգտագործման խանգարմանը, սեռը հաստատող խնամքին և մտերիմ զուգընկերոջ բռնությանը»:

PHI-ն Ձեզ վերաբերող առողջական տեղեկություն է: PHI ներառող հաղորդումների օրինակներ են՝

- Նպաստների բացատրության (Explanation of Benefits, EOB) կանխազգուշացումները:
- Ձեր ժամադրություններին վերաբերող տեղեկությունը:
- Պահանջների մերժումները, պահանջների վերաբերյալ հավելյալ տեղեկության համար խնդրանքները և վիճարկված պահանջների վերաբերյալ կանխազգուշացումները:
- Ձեր մատակարարի անունն ու հասցեն, մատուցված ծառայությունների նկարագրություններն ու այցերին վերաբերող այլ տվյալներ:

Նշում՝ Եթե բոլորել եք 12 տարին, Գաղտնի հաղորդման խնդրանք կատարելու համար պարտավոր չեք ունենալ ընտանիքի առողջական ապահովագրության ծրագրի գլխավոր բաժանորդի վավերացումը:

Լրացրեք այս ձևը, եթե ցանկանում եք, որ մենք PHI պարունակող հաղորդումներն ուղղակի ձեզ ուղարկենք՝ ի փոխարեն բաժանորդին: Հաղորդումները կուղարկվեն առանձին փոստային կամ էլ. փոստի հասցեի: (**Խնդրվում է նկատի ունենալ**, ոչ բոլոր հաղորդումները կարող են ուղարկվել Ձեզ էլ. փոստի միջոցով): Եթե ցանկանում եք վերևը նշված տեղեկությունը դիտել առցանց, խնդրվում է մուտք գործել Ձեր ապահով կայքամուտքը՝ www.healthnet.com կամ www.myhealthnetca.com:

Խնդրվում է այս լրացված ձևը փոստով կամ ֆաքսով ուղարկել Health Net:

Մեզ թույլ տվեք մինչև 14 օր՝ Ձեր խնդրանքն ընթացքի մեջ դնելու համար:

 **Փոստ՝** Health Net – Privacy Office
PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409-9103

 **Ֆաքս՝** (818) 676-8314, Attention: Health Net Privacy Office

Մենք այստեղ ենք օգնելու՝ համար:

Խնդրվում է զանգահարել կամ էլ. փոստ ուղարկել մեզ, եթե հարցեր ունեք:

 **Հեռախոս՝** Տեսեք հեռախոսահամարը, որը գտնվում է Ձեր անդամի ճանաչողական քարտի ետնամասում:

 **Էլ. փոստ՝** Privacy@HealthNet.com

Խորհու՛րդ

Եթե անդամագրվեք ուրիշ ծրագրի, պարտավոր կլինեք այս ձևը նորից լրացնել Ձեր նոր անդամի ճանաչողական համարի ներքո:

Խորհրդապահական հաղորդումների խնդրանքի ձև



Ձեր տվյալները՝		
Անուն՝	Ազգանուն՝	Ծննդյան ամսաթիվ՝
Բաժանորդի ճանաչողական համար՝		Հեռախոսի համար՝ Որտե՞ղ զանգահարել Ձեզ, եթե հարցեր ունենք:
Այո՞ր խնդրում եմ իմ ԲԻՈ-ով հաղորդումներն ուղարկել հետևյալ փոստային հասցեին և/կամ էլ. փոստի հասցեին՝		
Փոստային հասցե՝		
Քաղաք՝	Նահանգ՝	Փոստային թվանիշ՝
Էլ. փոստի հասցե՝		
Ես վկայում և հայտարարում եմ, որ վերը նշված տեղեկությունը ճշմարիտ է և ճիշտ՝		
Ստորագրություն՝	Ամսաթիվ՝	

Նշում՝ Գաղտնի հաղորդումների խնդրանքը վավերական կլինի մինչև անդամը ներկայացնի խնդրանքի չեղարկում կամ նոր Գաղտնի հաղորդումների խնդրանք:

Եթե ստորագրում եք անդամի համար, Ձեր հարաբերությունը նկարագրեք ներքևում: Եթե անդամի անձնական ներկայացուցիչն էք, նկարագրեք դա ներքևում և մեզ ուղարկեք այդ ձևերի պատճենները (օրինակ՝ Լիազորագիր կամ խնամակալության հրամանագիր):

Ես վկայում և հայտարարում եմ, որ վերը նշված տեղեկությունը ճշմարիտ է և ճիշտ՝	
Անձնական ներկայացուցչի անունը՝ (խնդրվում է տպատառով գրել)	
Նկարագրեք հարաբերությունը՝	
Հարաբերությունը անդամի հետ՝ (խնդրվում է տպատառով գրել)	
Անձնական ներկայացուցչի ստորագրությունը՝	
Ստորագրություն՝	Ամսաթիվ՝

*Health Net Community Solutions, Inc.-ը, Health Net of California, Inc.-ը և Health Net Life Insurance-ը դուստր ձեռնարկություններն են Health Net, LLC-ի՝ Centene Corporation-ի դուստր ձեռնարկություն: Health Net-ը գրանցված ծառայողական նշանն է Health Net, LLC-ի: Բոլոր մյուս ճանաչված առևտրանիշերը/ ծառայողական նշանները մնում են իրենց համապատասխան ընկերությունների սեփականությունը: Բոլոր իրավունքները վերապահված:

Nondiscrimination Notice

Health Net follows State and Federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people or treat them differently because of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity or sexual orientation.

Health Net provides:

- Free aids and services to people with disabilities to communicate better with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats).
- Free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services or to request this document in an alternative format, contact the Health Net Customer Contact Center at 1-800-675-6110 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, 365 days a year.

If you believe that Health Net has failed to provide these services or unlawfully discriminated in another way, you can file a grievance with Health Net by phone, in writing, in person or electronically:

- By phone: Call Health Net Civil Rights Coordinator at 1-866-458-2208 (TTY: 711), Monday through Friday, 8 a.m. to 5 p.m.
- In writing: Fill out a complaint form or write a letter and send it to Health Net Civil Rights Coordinator, P.O. Box 9103, Van Nuys, CA 91409-9103.
- In person: Visit your doctor's office or Health Net and say you want to file a grievance.
- Electronically: Visit Health Net's website at www.healthnet.com

You can also file a civil rights complaint with the California Department of Health Care Services, Office of Civil Rights by phone, in writing or electronically:

- By phone: Call 916-440-7370. If you cannot speak or hear well, please call 711.
- In writing: Fill out a complaint form or write a letter and send it to 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.
Complaint forms are available at http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.
- Electronically: Send an email to CivilRights@dhcs.ca.gov.

If you believe you have been discriminated against because of race, color, national origin, age, disability or sex, you can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights by phone, in writing or electronically:

- By phone: 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697)
- In writing: Fill out a complaint form or send a letter to U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201
Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- Electronically: Visit the Office for Civil Rights Complaint Portal at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

English: If you, or someone you are helping, need language services, call 1-800-675-6110 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like accessible PDF and large print documents, are also available. These services are at no cost to you.

Arabic: إذا كنت أنت أو أي شخص تقوم بمساعدته، بحاجة إلى الخدمات اللغوية، فاتصل بالرقم 1-800-675-6110 (TTY: 711). تتوفر أيضاً المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل الملفات المنقولة (PDF) التي يمكن الوصول إليها والمستندات المطبوعة الكبيرة. تتوفر هذه الخدمات بدون تكلفة بالنسبة لك.

Armenian: Եթե դուք կամ որևէ մեկը, ում դուք օգնում եք, ունեն լեզվական օգնության կարիք, զանգահարեք 1-800-675-6110 (TTY: 711): Հաշմանդամություն ունեցող մարդկանց համար հասանելի են օգնություն և ծառայություններ, ինչպես օրինակ՝ մատչելի PDF և մեծ տպագրությամբ փաստաթղթեր: Այս ծառայությունները ձեզ համար անվճար են:

Cambodian: ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងជួយ ត្រូវការសេវាផ្នែកភាសា សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-675-6110 (TTY: 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មផ្សេងៗសម្រាប់អ្នកដែលពិការ ដូចជាទម្រង់ PDF សម្រាប់អ្នកពិការ និងឯកសារព្រីនជាអក្សរខ្នាតធំក៏មានផ្តល់ជូនផងដែរ។ សេវាកម្មទាំងនេះត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកដោយមិនគិតថ្លៃ។

Chinese: 如果您或您正在幫助的其他人需要語言服務，請致電1-800-675-6110 (TTY: 711)。另外，還為殘疾人士提供輔助和服務，例如易於讀取的 PDF 和大字版文件。這些服務對您免費提供。

Farsi: اگر شما یا هر فرد دیگری که به او کمک می کنید نیاز به خدمات زبانی دارد، با شماره 1-800-675-6110 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک ها و خدماتی مانند مدارک با چاپ درشت و PDF دسترس پذیر نیز برای معلولان قابل عرضه است. این خدمات هزینه ای برای شما نخواهد داشت.

Hindi: यदि आपको, या जिसकी आप मदद कर रहे हैं उसे, भाषा सेवाएँ चाहिए, तो कॉल करें 1-800-675-6110 (TTY: 711)।

विकलांग लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे सुलभ PDF और बड़े प्रिंट वाले दस्तावेज़, भी उपलब्ध हैं। ये सेवाएँ आपके लिए मुफ्त उपलब्ध हैं।

Hmong: Yog hais tias koj, los sis ib tus neeg twg uas koj tab tom pab nws, xav tau cov kev pab cuam txhais lus, hu rau 1-800-675-6110 (TTY: 711). Tsis tas li ntawd, peb kuj tseem muaj cov khoom siv pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab tib si, xws li cov ntaub ntawv PDF uas tuaj yeem nkag cuag tau yooj yim thiab cov ntaub ntawv luam tawm uas pom tus niam ntawv loj. Cov kev pab cuam no yog muaj pab yam tsis xam nqi dab tsi rau koj them li.

Japanese: ご自身またはご自身がサポートしている方が言語サービスを必要とする場合は、1-800-675-6110 (TTY: 711)までお問い合わせください。障がいをお持ちの方のために、アクセシブルなPDFや大きな文字で書かれたドキュメントなどの補助・サービスも提供しています。これらのサービスは無料で提供されています。

Korean: 귀하 또는 귀하가 도와주고 있는 분이 언어 서비스가 필요하시면 1-800-675-6110 (TTY: 711) 번으로 연락해 주십시오. 장애가 있는 분들에게 보조 자료 및 서비스(예: 액세스 가능한 PDF 및 대형 활자 인쇄본)도 제공됩니다. 이 서비스는 무료로 이용하실 수 있습니다.

Laotian: ຖ້າທ່ານ, ຫຼື ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອ, ຕ້ອງການບໍລິການແປພາສາ, ໂທ 1-800-675-6110 (TTY: 711). ນອກນັ້ນ, ພວກເຮົາຍັງມີອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສຳລັບຄົນພິການອີກດ້ວຍ, ເຊັ່ນ ເອກະສານ PDF ທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ສະດວກ ແລະ ເອກະສານພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນມີໄວ້ຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານດ້ວຍບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າໃດໆ.

Mien: Da'faanh Meih, Fai Heuc Meih Haih Tengx, Oix Janx-kaeqv waac gong, Heuc 1-800-675-6110 (TTY: 711). JomcCaux gong Bun Yanggh mienh Caux mv fungc, Oix dongh eix PDF Caux Bunh Fiev dimc, Haih yaac kungx nyei. Deix gong Haih buatc Yietc liuz maiv jaax-zinh Bieqc Meih.

Punjabi: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ, ਜਾਂ ਜਿਸ ਦੀ ਤੁਸੀਂ ਮਦਦ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਨੂੰ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ, ਤਾਂ 1-800-675-6110 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਾਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਪਹੁੰਚਯੋਗ PDF ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Russian: Если вам или человеку, которому вы помогаете, необходимы услуги перевода, звоните по телефону 1-800-675-6110 (TTY: 711). Кроме того, мы предоставляем материалы и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы в специальном формате PDF или напечатанные крупным шрифтом. Эти услуги предоставляются бесплатно.

Spanish: Si usted o la persona a quien ayuda necesita servicios de idiomas, comuníquese al 1 800-675-6110 (TTY: 711). También hay herramientas y servicios disponibles para personas con discapacidad, como documentos en letra grande y en archivos PDF accesibles. Estos servicios no tienen ningún costo para usted.

Tagalog: Kung ikaw o ang taong tinutulungan mo ay kailangan ng mga serbisyo sa wika, tumawag sa 1-800-675-6110 (TTY: 711). Makakakuha rin ng mga tulong at serbisyo para sa mga taong may mga kapansanan, tulad ng naa-access na PDF at mga dokumentong malaking print. Wala kang babayaran para sa mga serbisyong ito.

Thai: หากคุณหรือคนที่คุณช่วยเหลือ ต้องการบริการด้านภาษา โทร 1-800-675-6110 (TTY: 711) นอกจากนี้ยังมี ความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้ทุพพลภาพ เช่น PDF ที่เข้าถึงได้และเอกสารที่พิมพ์ขนาดใหญ่ บริการเหล่านี้ ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับคุณ

Ukrainian: Якщо вам або людині, якій ви допомагаєте, потрібні послуги перекладу, телефонуйте на номер 1-800-675-6110 (TTY: 711). Ми також надаємо матеріали та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи в спеціальному форматі PDF або надруковані великим шрифтом. Ці послуги для вас безкоштовні.

Vietnamese: Nếu quý vị hoặc ai đó mà quý vị đang giúp đỡ cần dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi 1-800-675-6110 (TTY: 711). Chúng tôi cũng có sẵn các trợ giúp và dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu dạng bản in khổ lớn và PDF có thể tiếp cận được. Quý vị được nhận các dịch vụ này miễn phí.