



## Это Форма согласия на раскрытие информации

Форма согласия на раскрытие информации плана UCare позволит предоставлять ваши персональные данные или сведения из медицинских записей указанному вами физическому или юридическому лицу. В данной форме также изложено, какая информация может быть раскрыта, кто и в каких целях может ее получить.

Просим вас заполнить прилагаемую Форму согласия на раскрытие информации. Обязательно поставьте отметки в соответствующих полях и подпишите бланк. Затем верните форму нам по факсу либо по обычной или электронной почте. Наш почтовый адрес, адрес электронной почты и номер факса указаны в конце формы.

## Как с нами связаться, если вам понадобится помощь

Мы — ваши помощники, и мы всегда готовы прийти на помощь в нужный момент. Вы можете звонить нам по телефону, указанному на обороте вашей идентификационной карточки участника, если у вас возникнут вопросы. Вы также можете отправить нам запрос с помощью вашей интерактивной учетной записи участника по адресу [member.ucare.org](https://member.ucare.org).

**Discrimination is against the law.** UCare does not discriminate because of race, color, national origin, creed, religion, sexual orientation, public assistance status, marital status, age, disability or sex.

**No English?**

**1-800-203-7225**  
**1-800-688-2534 (TTY)**

**Auxiliary Aids and Services.** UCare provides auxiliary aids and services, like qualified interpreters or information in accessible formats, free of charge and in a timely manner, to ensure an equal opportunity to participate in our health care programs. **Contact** UCare at 612-676-3200 (voice) or 1-800-203-7225 (voice), 612-676-6810 (TTY), or 1-800-688-2534 (TTY).



**1-800-203-7225**  
**1-800-688-2534 (TTY)**



## Форма согласия на раскрытие информации

### Сведения об участнике плана

Имя и фамилия участника: \_\_\_\_\_

Дата рождения участника: \_\_\_\_\_

Ид. № участника плана UCare: \_\_\_\_\_

**Я разрешаю UCare раскрывать данные обо мне следующим лицам:** \_\_\_\_\_

(физическое или юридическое лицо, которому можно получать сведения обо мне)

### Данные, которые можно раскрывать

Вышеуказанное лицо или организация могут пользоваться доступом к следующим документам и информации. Данное физическое или юридическое лицо также может вносить изменения в эти документы при участии UCare.

- Я разрешаю UCare предоставлять моему представителю все мои документы и сведения обо мне.

#### ИЛИ

- Я разрешаю UCare предоставлять моему представителю следующие документы и сведения обо мне:

<input type="checkbox"/> Мои имя, адрес, номер телефона и ид. № участника UCare	<input type="checkbox"/> Сведения о сексуальном здоровье или статус ВИЧ/СПИД	<input type="checkbox"/> Разрешения
<input type="checkbox"/> Сведения о требованиях оплаты	<input type="checkbox"/> Сведения о беременности и репродуктивном здоровье	<input type="checkbox"/> Записи о лечении психических расстройств
<input type="checkbox"/> Сведения о назначенных препаратах	<input type="checkbox"/> Оценки качества медицинского обслуживания	<input type="checkbox"/> Сведения об ограничениях
<input type="checkbox"/> Текущий статус и история участия в плане	<input type="checkbox"/> Апелляции и жалобы	<input type="checkbox"/> Другое (пожалуйста, укажите): _____
<input type="checkbox"/> Планы по организации медицинского обслуживания	<input type="checkbox"/> Финансовая информация	_____
<input type="checkbox"/> Оценка использования		

## Сроки

- Предоставлять документы с моими данными с любого момента в течение периода действия моей подписки.

**ИЛИ**

- Предоставлять документы с моими данными только с указанного момента:

---

## Цель раскрытия информации

<input type="checkbox"/> По личному запросу <input type="checkbox"/> Для разъяснения информации о программах и услугах UCare <input type="checkbox"/> Исследование <input type="checkbox"/> Информация для СМИ	<input type="checkbox"/> Для отправки претензии (жалобы) или апелляции <input type="checkbox"/> Непрерывность медицинского обслуживания и управление течением заболевания <input type="checkbox"/> Другое (пожалуйста, укажите): _____
---	---

Данное разрешение на раскрытие информации действительно до \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ или в течение одного года с даты подписания. (укажите конкретную дату, событие или состояние)

### Моя подпись на данной форме означает, что я понимаю и выражаю согласие с тем, что:

- UCare может использовать и раскрывать информацию обо мне в вышеуказанных целях.
- Я имею право в любое время аннулировать данную форму, отправив письмо на электронный адрес **privacy@ucare.org**, или написав письмо Специалисту UCare по защите конфиденциальности по адресу 500 Stinson Blvd. NE Minneapolis MN 55413.
- Если я потребую аннулировать настоящее согласие на раскрытие информации, я понимаю, что сведения обо мне могли быть раскрыты или использованы в справочных целях до моего решения об аннулировании.
- Когда информация предоставляется лицу, указанному в данной форме, на нее более не распространяются федеральные законы и законодательство штата о защите персональных данных.
- Если я не подпишу данную форму согласия на раскрытие информации, это не повлияет на мою медицинскую страховку.
- Раскрытая информация может сообщить прочим лицам о том, что я являюсь участником программы медицинского страхования в штате Minnesota.
- Настоящим я освобождаю UCare от любых требований, возникающих вследствие или в связи с использованием раскрытой информации.

\_\_\_\_\_  
Подпись участника UCare, подтверждающая согласие на раскрытие информации

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Подпись свидетеля (если требуется)

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Подпись родителя, опекуна или уполномоченного представителя (если требуется)

\_\_\_\_\_  
Дата

**Верните данную форму в UCare одним из следующих способов:**

По почте: UCare

PO Box 52

Minneapolis, MN 55440-0052

Факс: 612-676-6501

Эл. почта: **[CLSScanReqInq@ucare.org](mailto:CLSScanReqInq@ucare.org)**