



Đây là Mẫu Phát hành Thông tin của UCare

UCare Mẫu Phát hành Thông tin cho phép thông tin cá nhân hoặc hồ sơ y tế của quý vị được chia sẻ với một người hoặc thực thể quý vị nêu tên. Mẫu này cũng giải thích thông tin nào có thể được phát hành, ai có thể nhận được nó và cho mục đích gì.

Vui lòng điền vào Mẫu Phát hành Thông tin này. Nhớ chọn ô áp dụng và ký tên. Sau đó, gửi lại mẫu cho chúng tôi qua thư, fax hoặc email. Chúng tôi liệt kê địa chỉ gửi thư, số fax và địa chỉ email của chúng tôi ở cuối mẫu.

Nơi để tiếp cận chúng tôi khi quý vị cần giúp đỡ

Chúng tôi là người giúp đỡ, và chúng tôi ở đây cho quý vị khi quý vị cần chúng tôi. Vui lòng gọi cho chúng tôi theo số ở mặt sau của thẻ ID thành viên nếu quý vị có thắc mắc. Quý vị cũng có thể gửi cho chúng tôi một yêu cầu bằng tài khoản thành viên trực tuyến của mình tại **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)

H2456_H5937_Y0120_15061_042025_C
U15092 Vietnamese (U15061) (04/2025)



Mẫu Phát hành Thông tin

Thông tin thành viên

Tên thành viên: _____

Ngày sinh thành viên: _____

ID thành viên UCare#: _____

UCare có thể phát hành thông tin của tôi cho: _____
(người hoặc tổ chức để lấy thông tin của tôi)

Thông tin sẽ được phát hành

Người hoặc tổ chức được ghi trên có thể truy cập các hồ sơ và thông tin sau. Người hoặc tổ chức này cũng có thể thay đổi các hồ sơ này với UCare.

- ☐ Tôi để UCare chia sẻ tất cả các hồ sơ và thông tin của tôi với đại diện của tôi.

HOẶC

- ☐ Tôi để UCare chia sẻ tất cả các hồ sơ sau với đại diện của tôi.

☐ Tên, địa chỉ, số điện thoại của tôi và ID thành viên UCare#	☐ Thông tin về sức khỏe tình dục hoặc tình trạng HIV/AIDS	☐ Cho phép
☐ Thông tin yêu cầu bồi hoàn	☐ Tình trạng mang thai và thông tin sinh sản	☐ Hồ sơ chăm sóc sức khỏe tâm lý
☐ Tiền sử dược phẩm	☐ Đánh giá chăm sóc sức khỏe	☐ Thông tin Giới hạn
☐ Tình trạng ghi danh và tiền sử	☐ Kháng nghị và Than phiền	☐ Khác (vui lòng cho chúng tôi biết): _____
☐ Kế hoạch quản lý sức khỏe	☐ Thông tin Tài chính	_____
☐ Đánh giá sử dụng		_____

Khung thời gian

- ☐ Phát hành hồ sơ của tôi từ bất kỳ lúc nào trong quá trình đăng ký của tôi.

HOẶC

- ☐ Chỉ phát hành hồ sơ của tôi từ khung thời gian cụ thể này:

Mục đích phát hành

☐ Theo yêu cầu cá nhân ☐ Để giải thích các chương trình hoặc dịch vụ của UCare ☐ Nghiên cứu ☐ Phát hành phương tiện truyền thông	☐ Gửi kháng nghị hoặc than phiền (khiếu nại) ☐ Chăm sóc liên tục và quản lý bệnh tật ☐ Khác (vui lòng cho chúng tôi biết): _____
---	--

Mẫu phát hành này sẽ kéo dài cho đến khi _____,
hoặc một năm kể từ ngày chữ ký. (đưa ra một ngày, sự kiện hoặc điều kiện cụ thể)

Bằng cách ký vào mẫu này, tôi hiểu và thừa nhận rằng:

- UCare có thể sử dụng và phát hành thông tin về tôi vì những lý do trên.
- Tôi có quyền hủy bỏ mẫu phát hành này bất kỳ lúc nào bằng cách gửi email đến **privacy@ucare.org** hoặc gửi thư đến Cán bộ phụ trách Quyền riêng tư của UCare tại 500 Stinson Blvd. NE, Minneapolis, MN 55413.
- Nếu tôi hủy mẫu phát hành này, tôi hiểu rằng thông tin của tôi có thể đã được chia sẻ hoặc dựa vào trước khi tôi hủy mẫu phát hành.
- Khi thông tin được chia sẻ với bên có tên trên biểu mẫu này, nó có thể không còn được bảo vệ bởi luật riêng tư của liên bang hoặc tiểu bang.
- Nếu tôi không ký mẫu tiết lộ này thì cũng sẽ không ảnh hưởng đến bảo hiểm y tế của tôi.
- Thông tin được phát hành có thể cho những người khác biết tôi trong một Chương trình Chăm sóc Sức khỏe Minnesota.
- Tôi, bằng phương tiện này, miễn cho UCare khỏi bất kỳ và tất cả các khiếu nại phát sinh từ hoặc liên quan đến việc sử dụng thông tin được tiết lộ.

Chữ ký của thành viên UCare phê duyệt phát hành Ngày _____

Chữ ký của nhân chứng (nếu cần) _____

Ngày _____

Chữ ký của cha mẹ, người giám hộ hoặc đại diện
được ủy quyền (nếu cần) _____

Ngày _____

Gửi lại mẫu này cho UCare theo một trong ba cách:

Gửi thư: UCare

Fax: 612-676-6501

PO Box 52

Minneapolis, MN 55440-0052

Email: **CLSScanReqInq@ucare.org**