



Идентификационный № участника UCare: _____

ФОРМА СОГЛАСИЯ НА РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ

Имя участника: _____ Дата рождения: _____

- UCare или (указать) _____
может раскрывать информацию следующим лицам:

Имя/наименование физического или юридического лица, которому предоставляется право владения следующей информацией:

<input type="checkbox"/> Мое имя, фамилия	<input type="checkbox"/> ВИЧ / СПИД	<input type="checkbox"/> Оценки	<input type="checkbox"/> Сведения об ограничениях
<input type="checkbox"/> Требования	<input type="checkbox"/> Лечение, связанное с употреблением алкоголя / наркотиков	<input type="checkbox"/> Разрешение	<input type="checkbox"/> Моя фотография
<input type="checkbox"/> Аптека	<input type="checkbox"/> Психическое здоровье	<input type="checkbox"/> Апелляции и жалобы	<input type="checkbox"/> Финансы
<input type="checkbox"/> Оформление подписки	<input type="checkbox"/> Генетические анализы	<input type="checkbox"/> Обслуживание клиентов	<input type="checkbox"/> Демографические данные
<input type="checkbox"/> Планы управления течением заболевания	<input type="checkbox"/> Оценка использования	<input type="checkbox"/> Записи поставщика медицинских услуг	<input type="checkbox"/> Другое (укажите):
<input type="checkbox"/> Планы ухода			

- Все записи и информация, как указано выше.
 Записи только для некоторых дат или периодов времени: _____

Причина оформления настоящего разрешения:

<input type="checkbox"/> Запрос участника	<input type="checkbox"/> Исследование	<input type="checkbox"/> Разъяснение программ и услуг UCare	<input type="checkbox"/> Пресс-релиз
<input type="checkbox"/> Непрерывность медицинского обслуживания	<input type="checkbox"/> Апелляция/жалоба		<input type="checkbox"/> Другое (укажите):
<input type="checkbox"/> Ведение болезни			

Данное разрешение на раскрытие информации действительно до: _____
(указать дату, событие или условие)

Подписывая данную форму:

- Я выражаю свое согласие с тем, что UCare может использовать и публиковать информацию обо мне по причинам, указанным выше.
- Я имею право в любое время в письменной форме отозвать данное разрешение на раскрытие информации.
- Я понимаю и соглашаюсь с тем, что даже если я потребую аннулировать настоящее разрешение, информация уже могла быть предоставлена третьим лицам до моего отзыва разрешения.
- На любую использованную или раскрытую информацию защита закона больше не распространяется. Она также может подлежать повторному раскрытию лицом или организацией, которым она была предоставлена.
- Я понимаю, что оформление данной формы разрешения является необязательным.
- Если я не подпишу данное разрешение на раскрытие информации, это не повлияет на мое медицинское страхование.
- Я понимаю, что опубликованная информация может сообщить прочим лицам, что я являюсь участником программы медицинского страхования в штате Миннесота.
- Я понимаю условия, изложенные в данной форме разрешения на раскрытие информации, и соглашаюсь с ними.
- Настоящим я освобождаю UCare от любых требований, которые являются следствием или возникают в связи с использованием опубликованной информации.

*Подпись лица, дающего разрешение
на раскрытие информации*

Дата

Подпись свидетеля (при необходимости)

Дата

*Подпись родителя, опекуна или уполномоченного
представителя (при необходимости)*

Дата

Адрес для возврата формы:
UCare PO
Box 52
Minneapolis, MN 55440-0052
Факс: 612-676-6501
Эл. почта: CLSScanReqInq@ucare.org

MSHO (HMO D-SNP) от UCare – это план здравоохранения, который заключил контракты с Medicare и с программой медицинской помощи штата Миннесота Minnesota Medical Assistance (Medicaid), давая участникам возможность пользоваться преимуществами обеих программ. Регистрация в MSHO от UCare зависит от возможности продления контракта.

H2456 5119 102019

U5119B (11/2019)

Toll free 1-800-203-7225, TTY 1-800-688-2534

Attention. If you need free help interpreting this document, call the above number.

ያስተውሉ፡ ካለምንም ክፍያ ይህንን ደኩመንት የሚተረጉምሎ አስተርጓሚ ከፈለጉ ከላይ ወደተጻፈው የስልክ ቁጥር ይደውሉ።

ملاحظة: إذا أردت مساعدة مجانية لترجمة هذه الوثيقة، اتصل على الرقم أعلاه.

သတိ။ ဤတွဲရက်စာတမ်းအားအခမဲ့ဘာသာပြန်ပေးခြင်း အကူအညီလိုအပ်ပါက၊ အထက်ပါဖုန်းနံပါတ်ကိုခေါ်ဆိုပါ။

កំណត់សំគាល់ ។ បើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបកប្រែឯកសារនេះដោយឥតគិតថ្លៃ សូមហៅទូរសព្ទតាមលេខខាងលើ ។

請注意，如果您需要免費協助傳譯這份文件，請撥打上面的電話號碼。

Attention. Si vous avez besoin d'une aide gratuite pour interpréter le présent document, veuillez appeler au numéro ci-dessus.

Thov ua twb zoo nyeem. Yog hais tias koj xav tau kev pab txhais lus rau tsab ntaub ntawv no pub dawb, ces hu rau tus najnpawb xov tooj saum toj no.

ပတ်သည့်ပတ်သားဘဉ်တကွာ. ဖဲနမ့ၢ်လိၣ်ဘဉ်တၢ်မၤစၢၤကလိလၢတၢ်ကကျိးထံဝဲဒၣ်လံာ် တီလံာ်မိတခါအံၤန့ၣ်, ကိးဘဉ် လိတဲစိနီၢ်ဂံၢ်လၢထးအံၤန့ၣ်တကွာ.

알려드립니다. 이 문서에 대한 이해를 돕기 위해 무료로 제공되는 도움을 받으시려면 위의 전화번호로 연락하십시오.

ໂປຣດຊາບ. ຖ້າຫາກ ທ່ານຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແປເອກະສານນີ້ພຣີ, ຈົ່ງ ໂທໂປຣໂປຣໂຮມາຍເລກຂ້າງເທິງນີ້.

Hubachiisa. Dokumentiin kun tola akka siif hiikamu gargaarsa hoo feete, lakkoobsa gubbatti kenname bilbili.

Внимание: если вам нужна бесплатная помощь в устном переводе данного документа, позвоните по указанному выше телефону.

Digniin. Haddii aad u baahantahay caawimaad lacag-la'aan ah ee tarjumaadda (afcelinta) qoraalkan, lambarka kore wac.

Atención. Si desea recibir asistencia gratuita para interpretar este documento, llame al número indicado arriba.

Chú ý. Nếu quý vị cần được giúp đỡ dịch tài liệu này miễn phí, xin gọi số bên trên.

CV5 (MCOs) (5-2020)

Уведомление о гражданских правах

Дискриминация противоречит закону. UCare не допускает дискриминацию по любому из указанных ниже оснований:

- расовая принадлежность
- цвет кожи
- национальное происхождение
- вероисповедание
- религия
- сексуальная ориентация
- статус получателя социальной помощи
- возраст
- инвалидность (включая физические или психические патологии)
- пол (включая гендерные стереотипы и гендерную идентичность)
- семейное положение
- политические убеждения
- медицинское состояние
- состояние здоровья
- получение медицинского обслуживания
- ранее поданные страховые требования
- история болезни
- генетическая информация

Вспомогательные средства и услуги. UCare предоставляет вспомогательные средства и услуги, такие как квалифицированные переводчики или информация в доступных форматах, бесплатно и своевременно, чтобы обеспечить равные возможности для участия в наших программах здравоохранения. **Обращайтесь** в UCare по телефону 612-676-3200 (голосовые сообщения) или 1-800-203-7225 (голосовые сообщения), 612-676-6810 (TTY) или 1-800-688-2534 (TTY).

Услуги языковой помощи. UCare предоставляет переведенные документы и устный перевод на иностранные языки бесплатно и своевременно, когда услуги языковой помощи необходимы для обеспечения доступа к нашей информации и услугам для лиц, плохо владеющих английским языком. **Обращайтесь** в UCare по телефону 612-676-3200 (голосовые сообщения) или 1-800-203-7225 (голосовые сообщения), 612-676-6810 (TTY) или 1-800-688-2534 (TTY).

Жалобы о нарушении гражданских прав

Вы имеете право подать жалобу на дискриминацию, если считаете, что UCare допустил в отношении вас подобное отношение. Вы можете связаться с любым из следующих четырех ведомств напрямую, чтобы подать жалобу в связи с дискриминацией.

Управление по гражданским правам Министерства здравоохранения и социальных служб США (OCR)

Вы имеете право подать жалобу в OCR, которое является федеральным агентством, если вы считаете, что подверглись дискриминации по какой-либо из перечисленных причин:

- расовая принадлежность
- цвет кожи
- национальное происхождение
- возраст
- инвалидность
- пол
- религия (в некоторых случаях)

Обращайтесь непосредственно в **OCR** для подачи жалобы:

U.S. Department of Health and Human Services (Департамент здравоохранения и социального обеспечения США)

Управление по гражданским правам

200 Independence Avenue SW

Room 515F

ННН Building

Washington, DC 20201

Центр обслуживания клиентов, бесплатный номер: 800-368-1019

TDD 800-537-7697

Электронная почта: ocrmail@hhs.gov

Департамент по правам человека штата Миннесота (MDHR)

В штате Миннесота вы имеете право подать жалобу в MDHR, если полагаете, что подверглись дискриминации по какой-либо из следующих причин:

- расовая принадлежность
- цвет кожи
- национальное происхождение
- религия
- вероисповедание
- пол
- сексуальная ориентация
- семейное положение
- статус получателя социальной помощи
- инвалидность

Обращайтесь непосредственно в **MDHR** для подачи жалобы:

Minnesota Department of Human Rights

540 Fairview Avenue North

Suite 201

St. Paul, MN 55104

651-539-1100 (голосовые сообщения)

800-657-3704 (звонок бесплатный)

711 или 800-627-3529 (MN Relay)

651-296-9042 (факс)

Info.MDHR@state.mn.us (электронная почта)

Департамент социального обеспечения штата Миннесота (DHS)

Вы имеете право подать жалобу в DHS, если полагаете, что подверглись дискриминации в рамках наших программ медицинского обслуживания по какой-либо из перечисленных причин:

- расовая принадлежность
- цвет кожи
- национальное происхождение
- вероисповедание
- религия
- сексуальная ориентация
- статус получателя социальной помощи
- возраст
- инвалидность (включая физические или психические патологии)
- пол (включая сексуальные стереотипы и гендерную идентичность)
- семейное положение
- политические убеждения
- медицинское состояние
- состояние здоровья
- получение медицинского обслуживания
- ранее поданные страховые требования
- история болезни
- генетическая информация

Жалобы следует подавать в письменной форме в течение 180 дней с даты выявления предполагаемой дискриминации. В жалобе необходимо указать ваше имя и адрес, а также изложить дискриминацию, которая является основанием для жалобы. После получения вашей жалобы мы рассмотрим ее и уведомим вас в письменной форме о том, имеем ли мы полномочия на проведение расследования данной ситуации. Если имеем, то мы расследуем жалобу.

DHS уведомит вас в письменной форме о результатах расследования. Вы имеете право обжаловать результат, если вы не согласны с решением. Чтобы подать апелляцию, необходимо отправить в DHS письменный запрос о пересмотре результатов расследования. В лаконичной форме следует изложить причины, по которым вы не согласны с решением. Включите дополнительную информацию, которую вы считаете важной.

При использовании данного механизма подачи жалобы сотрудники указанного в ней агентства не смогут подвергнуть вас преследованиям. Это означает, что вы не подвергнетесь какому-либо наказанию за подачу жалобы. Подача жалобы таким образом не мешает вам пользоваться прочими юридическими или административными средствами защиты.

Обратитесь непосредственно в **DHS** для подачи жалобы на дискриминацию:

Civil Rights Coordinator (координатор по вопросам гражданских прав)

Minnesota Department of Human Services (Департамент социального обеспечения штата Миннесота)

Equal Opportunity and Access Division (Отдел равных возможностей и доступа)

P.O. Box 64997

St. Paul, MN 55164-0997

651-431-3040 (голосовая связь) или воспользуйтесь предпочитаемой службой коммутируемых сообщений для лиц с нарушениями слуха и речи

Уведомление о порядке подачи жалоб в UCare

Вы имеете право подать жалобу в UCare, если полагаете, что подверглись дискриминации в рамках наших программ медицинского обслуживания по какой-либо из перечисленных причин:

- медицинское состояние
- состояние здоровья
- получение медицинских услуг
- ранее поданные требования
- история болезни
- генетическая информация
- инвалидность (включая физические или психические патологии)
- семейное положение
- возраст
- пол (включая сексуальные стереотипы и гендерную идентичность)
- сексуальная ориентация
- национальное происхождение
- расовая принадлежность
- цвет кожи
- религия
- вероисповедание
- статус государственной помощи
- политические убеждения

Вы можете подать жалобу и обратиться за помощью в подаче жалобы лично или по почте, телефону, факсу или электронной почте по адресу:

UCare

Attn: Appeals and Grievances (Отдел рассмотрения жалоб и апелляций)

PO Box 52

Minneapolis, MN 55440-0052

Бесплатный номер: 1-800-203-7225

TTY: 1-800-688-2534

Факс: 612-884-2021

Электронная почта: sag@ucare.org