



UCare ID số: \_\_\_\_\_

### MẪU TIẾT LỘ THÔNG TIN

Tên Hội viên: \_\_\_\_\_ Ngày Sinh: \_\_\_\_\_

- UCare hoặc (ghi cụ thể) \_\_\_\_\_  
có thể tiết lộ cho:

*Tên của người hoặc tổ chức có các thông tin sau:*

<input type="checkbox"/> Tên tôi	<input type="checkbox"/> HIV / Aids	<input type="checkbox"/> Đánh giá	<input type="checkbox"/> Thông tin hạn chế
<input type="checkbox"/> Yêu cầu đòi bồi hoàn bảo hiểm	<input type="checkbox"/> Điều trị sử dụng rượu / ma túy	<input type="checkbox"/> Cho phép	<input type="checkbox"/> Hình ảnh của tôi
<input type="checkbox"/> Nhà thuốc	<input type="checkbox"/> Sức khỏe tâm thần	<input type="checkbox"/> Kháng nghị và khiếu nại	<input type="checkbox"/> Tài chính
<input type="checkbox"/> Đăng ký	<input type="checkbox"/> Xét nghiệm di truyền	<input type="checkbox"/> Dịch vụ Khách hàng	<input type="checkbox"/> Nhân khẩu học
<input type="checkbox"/> Kế hoạch Kiểm soát Bệnh	<input type="checkbox"/> Đánh giá sử dụng	<input type="checkbox"/> Hồ sơ nhà cung cấp	<input type="checkbox"/> Khác (nêu cụ thể):
<input type="checkbox"/> Kế hoạch chăm sóc			

- Tất cả hồ sơ và thông tin như đã đánh dấu ở trên.  
 Hồ sơ chỉ dành cho một số ngày hoặc khoảng thời gian: \_\_\_\_\_

Lý do cho việc tiết lộ này là:

<input type="checkbox"/> Yêu cầu của hội viên	<input type="checkbox"/> Nghiên cứu	<input type="checkbox"/> Để giải thích	<input type="checkbox"/> Phát hành phương tiện truyền thông
<input type="checkbox"/> Chăm sóc liên tục	<input type="checkbox"/> Kháng nghị/khiếu nại	<input type="checkbox"/> Chương trình và dịch vụ của UCare	<input type="checkbox"/> Khác (nêu cụ thể):
<input type="checkbox"/> Kiểm soát Bệnh			

Tiết lộ đến khi: \_\_\_\_\_

*(Ghi rõ ngày, sự kiện hoặc điều kiện)*

Bằng cách ký vào mẫu này:

- Tôi đồng ý là UCare có thể sử dụng và tiết lộ thông tin về tôi cho những lý do được đánh dấu ở trên.
- Tôi có quyền hủy bỏ mẫu cho phép tiết lộ này bằng văn bản bất cứ lúc nào.
- Tôi hiểu và đồng ý rằng ngay cả khi tôi hủy mẫu tiết lộ này thì có thể vẫn có thông tin đã chia sẻ trước khi tôi hủy mẫu tiết lộ.
- Những thông tin được sử dụng hoặc tiết lộ có thể không còn được pháp luật bảo vệ nữa. Thông tin đó cũng có thể được người hoặc tổ chức nhận thông tin tiết lộ lại.
- Tôi hiểu rằng tôi không bắt buộc phải ký mẫu cho phép tiết lộ này.
- Nếu tôi không ký mẫu tiết lộ này thì cũng sẽ không ảnh hưởng đến bảo hiểm y tế của tôi.
- Tôi hiểu rằng thông tin được tiết lộ có thể cho người khác biết rằng tôi là hội viên chương trình chăm sóc sức khỏe ở Minnesota.
- Tôi hiểu và đồng ý với các điều khoản trong mẫu cho phép tiết lộ này.
- 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 Người cho phép tiết lộ*

---

*Ngày*

---

*Chữ ký của người làm chứng (nếu cần)*

---

*Ngày*

---

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

---

*Ngày*

Gửi lại mẫu này đến:

UCare

PO Box 52

Minneapolis, MN 55440-0052

Fax 612-676-6501

Email [CLSScanReqInq@ucare.org](mailto:CLSScanReqInq@ucare.org)

MSHO của UCare (HMO D-SNP) là một chương trình bảo hiểm sức khỏe có hợp đồng với cả chương trình Medicare và Hỗ trợ Y tế Minnesota (Medicaid), với mục đích mang lại quyền lợi của cả hai chương trình cho hội viên. Việc đăng ký vào MSHO của UCare phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.

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 ዶኩመንት የሚተረጎምሎ 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.

ပတ်သည့်ပတ်သားဘဉ်တကွ်. ဝဲနမ့ၢ်လိၣ်ဘဉ်တၢ်မၤစၢၤကလိလၢတၢ်ကကျိးထံဝဲဒၣ်လံာ် တီလံာ်မိတခါအံၤန့ၣ်, ကိးဘဉ် လိတဲစိနီၢ်ဂံၢ်လၢထးအံၤန့ၣ်တကွ်.

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

ໂປຣດຊາບ. ຖ້າຫາກ ທ່ານຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແປເອກະສານນີ້ພຣີ, ຈົ່ງ ໂທໂປໂຍທິໝາຍເລກຂ້າງເທິງນີ້.

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.

## Thông báo về Quy định Công dân

Phân biệt đối xử là vi phạm pháp luật. UCare không phân biệt đối xử dựa trên bất kỳ điều nào sau đây:

- chủng tộc
- màu da
- nguồn gốc quốc gia
- tín ngưỡng
- tôn giáo
- khuynh hướng tình dục
- tình trạng hỗ trợ công cộng
- tuổi tác
- khuyết tật (bao gồm cả khiếm khuyết về thể chất hoặc tinh thần)
- tình dục (bao gồm định kiến giới tính và bản dạng giới)
- tình trạng hôn nhân
- niềm tin chính trị
- tình trạng y tế
- tình trạng sức khỏe
- nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe
- quá trình yêu cầu đòi bồi hoàn bảo hiểm
- tiền sử y tế
- thông tin di truyền

**Hỗ trợ và Dịch vụ Phụ trợ.** UCare cung cấp thêm hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ, chẳng hạn như thông dịch viên hoặc thông tin ở định dạng có thể sử dụng, miễn phí và kịp thời để bảo đảm hội viên có cơ hội công bằng khi tham gia vào chương trình chăm sóc sức khỏe của chúng tôi. **Liên hệ** UCare theo số 612-676-3200 (thoại) hoặc 1-800-203-7225 (thoại), 612-676-6810 (TTY) hoặc 1-800-688-2534 (TTY).

**Dịch vụ Hỗ trợ Ngôn ngữ.** UCare cung cấp các bản dịch tài liệu và thông dịch ngôn ngữ, miễn phí và kịp thời, khi các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ là cần thiết để đảm bảo người nói tiếng Anh hạn chế được tiếp cận có ý nghĩa với thông tin và dịch vụ của chúng tôi. **Liên hệ** UCare theo số 612-676-3200 (thoại) hoặc 1-800-203-7225 (thoại), 612-676-6810 (TTY) hoặc 1-800-688-2534 (TTY).

## Khi bạn là Quy định Công dân

Quý vị có quyền nộp đơn khiếu nại về phân biệt đối xử nếu tin là mình đã bị UCare phân biệt đối xử. Quý vị có thể liên hệ trực tiếp với bất kỳ cơ quan nào trong bốn cơ quan sau đây để nộp đơn khiếu nại phân biệt đối xử.

Văn phòng Dân Quy định của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ (OCR)

Quý vị có quyền nộp đơn khiếu nại với OCR, là cơ quan của liên bang, nếu tin là quý vị đã bị phân biệt đối xử vì bất kỳ điều nào sau đây:

- chủng tộc
- màu da
- nguồn gốc quốc gia
- tuổi tác
- tình trạng khuyết tật
- giới tính
- tôn giáo (trong một số trường hợp)

Liên hệ trực tiếp với OCR để nộp đơn khiếu nại:

Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ  
Văn phòng Dân Quyền  
200 Independence Avenue SW  
Room 515F  
HHH Building  
Washington, DC 20201  
Tổng đài Trả lời Khách hàng: Miễn cước: 800-368-1019  
TDD 800-537-7697  
Email: [ocrmail@hhs.gov](mailto:ocrmail@hhs.gov)

#### B. Nhân Quyền Minnesota (MDHR)

Ở Minnesota, quý vị có quyền nộp đơn khiếu nại với MDHR nếu tin là mình đã bị phân biệt đối xử vì bất kỳ điều nào sau đây:

- chủng tộc
- màu da
- nguồn gốc quốc gia
- tôn giáo
- tín ngưỡng
- giới tính
- khuynh hướng tình dục
- tình trạng hôn nhân
- tình trạng hỗ trợ công cộng
- tình trạng khuyết tật

Liên hệ trực tiếp với MDHR để nộp đơn khiếu nại:

Bộ Nhân Quyền Minnesota  
540 Fairview Avenue North  
Suite 201  
St. Paul, MN 55104  
651-539-1100 (thoại)  
800-657-3704 (miễn cước)  
711 hoặc 800-627-3529 (Tiếp âm MN)  
651-296-9042 (Fax)  
[Info.MDHR@state.mn.us](mailto:Info.MDHR@state.mn.us) (Email)

#### B. Dịch vụ Nhân sinh Minnesota (DHS)

Quý vị có quyền nộp đơn khiếu nại với DHS nếu tin là mình đã bị phân biệt đối xử trong các chương trình chăm sóc sức khỏe của chúng tôi vì bất kỳ điều nào sau đây:

- chủng tộc
- màu da
- nguồn gốc quốc gia
- tín ngưỡng
- tôn giáo
- khuynh hướng tình dục
- tình trạng hỗ trợ công cộng
- tuổi tác
- khuyết tật (bao gồm cả suy giảm thể chất hoặc tinh thần)
- tình dục (bao gồm định kiến giới tính và bản dạng giới)
- tình trạng hôn nhân
- niềm tin chính trị
- tình trạng y tế
- tình trạng sức khỏe
- nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe
- quá trình yêu cầu đòi bồi hoàn bảo hiểm
- tiền sử y tế
- thông tin di truyền

Khiếu nại phải được nộp bằng văn bản trong vòng 180 ngày kể từ ngày quý vị phát hiện ra hành vi phân biệt đối xử bị cáo buộc. Đơn khiếu nại phải có tên và địa chỉ của quý vị và mô tả vụ việc phân biệt đối xử mà quý vị đang khiếu nại. Sau khi nhận được khiếu nại của quý vị, chúng tôi sẽ xem xét và thông báo bằng văn bản cho quý vị về việc chúng tôi có thẩm quyền điều tra hay không. Nếu có, chúng tôi sẽ điều tra theo khiếu nại đó.

DHS sẽ thông báo kết quả điều tra bằng văn bản cho quý vị. Quý vị có quyền kháng nghị kết quả nếu không đồng ý với quyết định này. Để kháng nghị, quý vị phải gửi yêu cầu bằng văn bản để DHS soát xét lại kết quả điều tra. Hãy nêu ngắn gọn và nói rõ lý do tại sao quý vị không đồng ý với quyết định này. Bao gồm những thông tin bổ sung mà quý vị nghĩ là quan trọng.

Nếu quý vị nộp đơn khiếu nại theo cách này thì những người làm việc cho cơ quan có tên trong đơn khiếu nại không thể trả thù quý vị. Có nghĩa là họ không thể trừng phạt quý vị bằng bất kỳ hình thức nào vì đã nộp đơn khiếu nại. Nộp đơn khiếu nại theo cách này không ngăn cản quý vị tìm kiếm các biện pháp hành chính hoặc pháp lý khác.

Liên hệ trực tiếp với DHS để nộp đơn khiếu nại về phân biệt đối xử:

Điều phối viên Quyền Công dân  
Bộ Dịch vụ Nhân sinh Minnesota  
Ban Cơ hội và Tiếp cận Bình đẳng  
P.O. Box 64997  
St. Paul, MN 55164-0997  
651-431-3040 (thoại)  
hoặc sử dụng dịch vụ tiếp âm ưu tiên của quý vị

Thông báo Khiếu nại UCare

Quý vị có quyền nộp đơn khiếu nại với UCare nếu tin là mình đã bị phân biệt đối xử trong các chương trình chăm sóc sức khỏe của chúng tôi vì bất kỳ điều nào sau đây:

- tình trạng y tế stỉnh
- trạng sức khỏe
- nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe
- quá trình yêu cầu đòi bồi hoàn bảo
- hiểm tiền sử y
- tế thông tin di truyền
- tình trạng khuyết tật (bao gồm cả khiếm khuyết về thể chất hoặc tinh thần)
- tình trạng hôn nhân
- tuổi tác
- tình dục (bao gồm định kiến giới tính và bản dạng giới)
- tình trạng khuyết tật (bao gồm cả khiếm khuyết về thể chất hoặc tinh thần)
- nguồn gốc quốc gia
- chủng tộc
- màu da
- tôn giáo
- tín ngưỡng
- tình trạng hỗ trợ công cộng
- niềm tin chính trị

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại và yêu cầu giúp đỡ trong việc nộp đơn khiếu nại trực tiếp hoặc qua thư, điện thoại, fax hoặc email tại:

UCare

Attn: Appeals and Grievances

PO Box 52

Minneapolis, MN 55440-0052

Số miễn cước: 1-800-203-7225

TTY: 1-800-688-2534

Fax: 612-884-2021

Email: [cag@ucare.org](mailto:cag@ucare.org)