



ធ្វើឡើងវិញ – Member Services
 1055 West 7th Street, 10th Floor
 Los Angeles, CA 90017
 ទូរសារឥតចេញថ្លៃ: 844-657-7272
 សំរាប់សំណួរ - Medi-Cal: 888-839-9909
 L.A. Care Covered: 855-270-2327
 គំរោង PASC-SEIU: 844-854-7272
 Cal MediConnect: 888-522-1298

ក្រដាសបំពេញ ការអនុញ្ញាតសំរាប់ការប្រើ និង បើកសំដែងនូវ ព័ត៌មានសុខភាពដែលបានការពារ

ផ្នែកទី I នៃក្រដាសបំពេញនេះ អនុញ្ញាតឱ្យ L.A. Care ប្រើ ឬចែកចាយ ព័ត៌មានសុខភាពដែល
 បានការពារ (Protected Health Information, “PHI”) របស់អ្នក ជាមួយនឹងអ្នកផ្សេងៗទៀត។
 ផ្នែកទី II នៃក្រដាសបំពេញនេះ អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកដាក់ឈ្មោះមនុស្សផ្សេងទៀត ធ្វើការជួសអ្នក។
 សូមបំពេញក្រដាសបំពេញនេះ និងផ្ញើវាត្រឡប់ទៅអាសយដ្ឋាននៅខាងលើ។

ផ្នែកទី I

ផ្នែក A: ព័ត៌មានសមាជិក		
ឈ្មោះសមាជិក:		
អាសយដ្ឋានសមាជិក:		
ទីក្រុង:	រដ្ឋ:	ស៊ីបកូដ:
ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត:		
#ID សមាជិក:		
ទូរស័ព្ទ:		



ធ្វើឡប់ទៅ – Member Services
 1055 West 7th Street, 10th Floor
 Los Angeles, CA 90017
 ទូរសារឥតចេញថ្លៃ: 844-657-7272
 សំរាប់សំណួរ - Medi-Cal: 888-839-9909
 L.A. Care Covered: 855-270-2327
 គំរោង PASC-SEIU: 844-854-7272
 Cal MediConnect: 888-522-1298

ផ្នែក B: ការអនុញ្ញាត ដើម្បីប្រើ/បញ្ចេញ PHI

តាមរយៈការបំពេញផ្នែក B ខ្ញុំអនុញ្ញាត L.A. Care និងសម្ព័ន្ធរបស់ខ្លួន ប្រើ ឬចែកចាយ PHI របស់ខ្ញុំ ជាមួយនឹងមនុស្ស ឬភ្នាក់ងារនៅខាងក្រោម។ ខ្ញុំដឹងថាការអនុញ្ញាតនេះ ចាប់ផ្តើមនៅពេល ខ្ញុំចុះហត្ថលេខា និងធ្វើក្រដាសបំពេញនេះត្រឡប់ទៅវិញ។

ឈ្មោះ:

ឈ្មោះភ្នាក់ងារ (បើពាក់ព័ន្ធ):

អាសយដ្ឋាន:

ទីក្រុង/រដ្ឋ/ស៊ីបកូដ:

ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត:

ទូរស័ព្ទ:



ធ្វើឡើងវិញ – Member Services
 1055 West 7th Street, 10th Floor
 Los Angeles, CA 90017
 ទូរសារតែចេញថ្លៃ: 844-657-7272
 សំរាប់សំណួរ - Medi-Cal: 888-839-9909
 L.A. Care Covered: 855-270-2327
 គំរោង PASC-SEIU: 844-854-7272
 Cal MediConnect: 888-522-1298

ផ្នែក C: ប្រភេទនៃព័ត៌មាន

តាមរយៈការបំពេញផ្នែក C ខ្ញុំប្រាប់ L.A. Care និងសម្ព័ន្ធរបស់ខ្លួន នូវប្រភេទនៃ PHI ដែលគេអាចនឹងប្រើ ឬចែកចាយ ជាមួយនឹងឈ្មោះ/ភ្នាក់ងារ ដែលបានកត់ក្នុងផ្នែក B (គូសទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ)។

- ព័ត៌មានសុខភាព (ដូចជា សំណើការអនុញ្ញាត, កំណត់ត្រាចាត់ចែងការថែទាំ, ល។)
- ព័ត៌មានបណ្តឹងសំណង (ដូចជា ឱសថស្ថាន, មន្ទីរពេទ្យ, ឬកំណត់ត្រាបណ្តឹងសំណងនៃអ្នកផ្តល់សេវា, ល។)
- ព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ (ដូចជា ព័ត៌មានការបង់ប្រាក់ថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រង, ល។)
- ព័ត៌មានការចុះឈ្មោះ (ដូចជា ក្រដាសបំពេញចុះឈ្មោះ, កាលបរិច្ឆេទចុះឈ្មោះ, ល។)
- លទ្ធផលធ្វើតេស្តរោគ HIV
- ព័ត៌មានការព្យាបាលសុខភាពអារម្មណ៍
- ព័ត៌មានការព្យាបាល ការរំលោភសុភវ/គ្រឿងញៀន
- ផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់):

ផ្នែក D: គោលបំណង

សូមរៀបរាប់អំពីគោលបំណង ឬមូលហេតុ សំរាប់ការចែកចាយ ឬការប្រើ PHI។

- ខាងផ្លូវច្បាប់
- ការធានារ៉ាប់រង
- ការប្រើប្រាស់ផ្ទាល់ខ្លួន
- ផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់):



ធ្វើឡើងវិញ – Member Services
 1055 West 7th Street, 10th Floor
 Los Angeles, CA 90017
 ទូរសារឥតចេញថ្លៃ: 844-657-7272
 សំរាប់សំណួរ - Medi-Cal: 888-839-9909
 L.A. Care Covered: 855-270-2327
 គំរោង PASC-SEIU: 844-854-7272
 Cal MediConnect: 888-522-1298

ផ្នែក E: កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់

តាមរយៈការបំពេញផ្នែក E ខ្ញុំប្រាប់ L.A. Care ឲ្យដឹងអំពីពេលវេលាដែល PHI របស់ខ្ញុំលែងអាចប្រើ ឬចែកចាយជាមួយនឹងអ្នកផ្សេងៗ បានទៀត។ (គូសមួយ) ។

- បន្ទាប់ពីមួយឆ្នាំ ចាប់តាំងពីកាលបរិច្ឆេទនៃថ្ងៃនេះ។
- បន្ទាប់ពីខ្ញុំបានដកឈ្មោះចេញ ឬលែងបានរ៉ាប់រងដោយ L.A. Care ទៀត។
- ចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនេះទៅ (ខែ ថ្ងៃ និង ឆ្នាំ):

ផ្នែក F: សិទ្ធិដកហូតវិញ

អ្នកអាចនឹងបញ្ឈប់ការអនុញ្ញាតនេះ នៅពេលណាក៏បានដែរ។ ដើម្បីធ្វើដូច្នោះ ត្រូវផ្ញើសំបុត្រទៅ:

Member Services
 L.A. Care Health Plan
 1055 West 7th Street, 10th Floor
 Los Angeles, CA 90017
 ទូរសារឥតចេញថ្លៃ: 1-844-657-7272

ការផ្ញើសំបុត្រដើម្បីបញ្ឈប់ការអនុញ្ញាតនេះ នឹងមិនផ្លាស់ប្តូររបៀបដែល L.A. Care បានប្រើ ឬបានចែកចាយ PHI របស់អ្នក នៅមុនពេលបានទទួលសំបុត្ររបស់អ្នកទេ។



ធ្វើឡើងទៅ – Member Services
 1055 West 7th Street, 10th Floor
 Los Angeles, CA 90017
 ទូរសារឥតចេញថ្លៃ: 844-657-7272
 សំរាប់សំណួរ - Medi-Cal: 888-839-9909
 L.A. Care Covered: 855-270-2327
 គំរោង PASC-SEIU: 844-854-7272
 Cal MediConnect: 888-522-1298

ផ្នែក G: លក្ខខណ្ឌ

មនុស្សដែលទទួល PHI ពី L.A. Care អាចនឹងបង្ហាញទៅមនុស្សផ្សេងទៀតបាន។ នៅក្នុងករណីដូច្នោះ PHI របស់អ្នក អាចនឹងលែងបានការការពារដោយវិន័យភាពឯកជននៃ ក្រឹត្យការធានារ៉ាប់រងសុខភាពចល័ត និងការទទួលខុសត្រូវ: (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) ទៀតហើយ។

ផ្នែក H: សិទ្ធិរបស់សមាជិក

អ្នកមានសិទ្ធិដើម្បីមើល ឬទទួលសំណើនៃ PHI របស់អ្នក ដែលកំពុងបានប្រើ ឬបានចែកចាយដោយសារការអនុញ្ញាតនេះ។ អ្នកអាចបញ្ឈប់ការអនុញ្ញាតនេះ នៅពេលណាក៏បានដែរ។ (មើល ផ្នែក F) ។

អ្នកមិនបាច់បំពេញក្រដាសបំពេញនេះទេ។ ការមិនបំពេញក្រដាសបំពេញនេះ នឹងមិនប៉ះពាល់ដល់សមត្ថភាពរបស់អ្នក ដើម្បីចុះឈ្មោះជាមួយនឹង L.A. Care ឬទទួលអត្ថប្រយោជន៍ ឬទទួលការបង់ប្រាក់ នៃបណ្តឹងសំណងរបស់អ្នកឡើយ។

អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំសំណើនៃការអនុញ្ញាតនេះ។



ធ្វើឡើងវិញ – Member Services
 1055 West 7th Street, 10th Floor
 Los Angeles, CA 90017
 ទូរសារតតចេញថ្លៃ: 844-657-7272
 សំរាប់សំណួរ - Medi-Cal: 888-839-9909
 L.A. Care Covered: 855-270-2327
 គំរោង PASC-SEIU: 844-854-7272
 Cal MediConnect: 888-522-1298

ផ្នែក I: ហត្ថលេខា
<p>តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាផ្នែក I ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យ L.A. Care ចែកចាយ PHI ដែលបានគូសក្នុងផ្នែក C ជាមួយនឹងមនុស្ស/ភ្នាក់ងារ នៅក្នុងផ្នែក B។ ខ្ញុំបានអានក្រដាសបំពេញនេះ ហើយខ្ញុំក៏យល់ដឹងអត្ថន័យរបស់វាផង។</p>
<p>កាលបរិច្ឆេទនៃថ្ងៃនេះគឺ:</p>
<p>ហត្ថលេខានៃសមាជិក ឬអ្នកតំណាងផ្ទាល់ខ្លួន:</p>
<p>បើសិនជាអ្នកតំណាង សូមប្រាប់អំពីទំនាក់ទំនង:</p>

ឈប់សិន

បើសិនអ្នកចង់ឱ្យ L.A. Care ចែកចាយ PHI ជាមួយនឹងឈ្មោះ/ភ្នាក់ងារនៅក្នុងផ្នែក B តែប៉ុណ្ណោះ សូមចុះហត្ថលេខាផ្នែក I និងធ្វើក្រដាសបំពេញនេះត្រឡប់ទៅ មន្ត្រីភាពឯកជន របស់ L.A. Care តាមអាសយដ្ឋានដែលបានកត់នៅប៉ែកខាងលើ ជ្រុងខាងស្តាំដៃ។

បើសិនអ្នកក៏ចង់អនុញ្ញាតឱ្យមនុស្សណាម្នាក់ធ្វើការជួសអ្នកដែរ (ដូចជាការផ្លាស់ប្តូរវេជ្ជបណ្ឌិត ឬជួយជាមួយនឹងបណ្តឹងរបស់អ្នក) រំលងទៅទំព័របន្ទាប់ទៀត។



ធ្វើឡប់ទៅ – Member Services
 1055 West 7th Street, 10th Floor
 Los Angeles, CA 90017
 ទូរសារឥតចេញថ្លៃ: 844-657-7272
 សំរាប់សំណួរ - Medi-Cal: 888-839-9909
 L.A. Care Covered: 855-270-2327
 គំរោង PASC-SEIU: 844-854-7272
 Cal MediConnect: 888-522-1298

ផ្នែកទី II

ផ្នែកទី II អនុញ្ញាតឲ្យអ្នកដាក់ឈ្មោះមនុស្សផ្សេងទៀត ដូចជាសមាជិកគ្រួសារ ដើម្បីធ្វើការជួសជុល
 សូម្បីតែអ្នកអាចធ្វើការនោះដោយខ្លួនឯងបានក៏ដោយ។ បើសិនអ្នកមិនចង់ឲ្យមនុស្សណាម្នាក់ធ្វើ
 ការជួសជុលទេ ប៉ុន្តែយល់ព្រមឲ្យយើងចែកចាយ PHI ជាមួយនឹងគេ ត្រូវបំពេញផ្នែកទី I និងផ្នែក
 ត្រឡប់ទៅអាសយដ្ឋានដែលបានកត់នៅប៉ែកខាងលើ ជ្រុងខាងស្តាំដែរ។

ផ្នែក J: ការអនុញ្ញាត ដើម្បីធ្វើការជួសជុលខ្ញុំ

តាមរយៈការបំពេញផ្នែក J ខ្ញុំអនុញ្ញាតឲ្យមនុស្សទាំងនេះធ្វើការជួសជុលខ្ញុំ សំរាប់ការអ្វីៗដែលមានកត់
 នៅក្នុងផ្នែក K។ ខ្ញុំដឹងថាការតែងតាំងនេះ ចាប់ផ្តើមនៅពេលខ្ញុំចុះហត្ថលេខា និងធ្វើក្រដាសបំពេញ
 នេះត្រឡប់ទៅវិញ។

ឈ្មោះ:

ឈ្មោះភ្នាក់ងារ (បើពាក់ព័ន្ធ):

អាសយដ្ឋាន:

ទីក្រុង/រដ្ឋ/ស៊ីបកូដ:

ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត:

ទូរស័ព្ទ:

ឈ្មោះ:

ឈ្មោះភ្នាក់ងារ (បើពាក់ព័ន្ធ):

អាសយដ្ឋាន:

ទីក្រុង/រដ្ឋ/ស៊ីបកូដ:

ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត:

ទូរស័ព្ទ:



ធ្វើឡប់ទៅ – Member Services
 1055 West 7th Street, 10th Floor
 Los Angeles, CA 90017
 ទូរសារឥតចេញថ្លៃ: 844-657-7272
 សំរាប់សំណួរ - Medi-Cal: 888-839-9909
 L.A. Care Covered: 855-270-2327
 គំរោង PASC-SEIU: 844-854-7272
 Cal MediConnect: 888-522-1298

ផ្នែក K: ការកិច្ចបានតែងតាំង

តាមរយៈការបំពេញផ្នែក K ខ្ញុំអនុញ្ញាតឲ្យមនុស្សនៅក្នុងផ្នែក J ធ្វើការ ជួសជុំ ដើម្បីផ្លាស់ប្តូរ៖
 (គូសទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ) ។

- ព័ត៌មានសុខភាព (ដូចជា ជួយជាមួយនឹងសំណើការអនុញ្ញាត, ការចាត់ចែងការថែទាំ, ល។)
- ព័ត៌មានបណ្តឹងសំណង (ដូចជា ជួយជាមួយនឹងរឿងរ៉ាវបណ្តឹងសំណង, ល។)
- ព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ (ដូចជា ផ្លាស់ប្តូរព័ត៌មានការបង់ប្រាក់ថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំ, ល។)
- ព័ត៌មានការចុះឈ្មោះ (ដូចជា ផ្លាស់ប្តូរវេជ្ជបណ្ឌិត, ក្រុមពេទ្យ ឬគំរោងសុខភាពរបស់ខ្ញុំ, ល។)
- ផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់):

ផ្នែក L: កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់ ការតែងតាំង

តាមរយៈការបំពេញផ្នែក L ខ្ញុំប្រាប់ L.A. Care ឲ្យដឹងអំពីពេលវេលាដែលមនុស្សនៅក្នុងផ្នែក J
 លែងអាចធ្វើការជួសជុំបានទៀត។ (គូសមួយ) ។

- មនុស្សនៅក្នុងផ្នែក J លែងអាចធ្វើការជួសជុំបានទៀត បន្ទាប់ពីមួយឆ្នាំ ចាប់តាំងពីកាលបរិច្ឆេទ
 នៃថ្ងៃនេះ
- មនុស្សនៅក្នុងផ្នែក J លែងអាចធ្វើការជួសជុំបានទៀត បន្ទាប់ពីខ្ញុំបានដកឈ្មោះចេញ
 ឬលែងបានរ៉ាប់រងដោយ L.A. Care ទៀត
- មនុស្សនៅក្នុងផ្នែក J លែងអាចធ្វើការជួសជុំបានទៀត ចាប់តាំងពីកាលបរិច្ឆេទនេះទៅ (ខែ ថ្ងៃ
 និង ឆ្នាំ):



ធ្វើឡើងទៅ – Member Services
 1055 West 7th Street, 10th Floor
 Los Angeles, CA 90017
 ទូរសារឥតចេញថ្លៃ: 844-657-7272
 សំរាប់សំណួរ - Medi-Cal: 888-839-9909
 L.A. Care Covered: 855-270-2327
 គំរោង PASC-SEIU: 844-854-7272
 Cal MediConnect: 888-522-1298

ផ្នែក M: លក្ខខណ្ឌ

ការបំពេញផ្នែកទី I នៃក្រដាសបំពេញនេះ អនុញ្ញាតឲ្យ L.A. Care ចែកចាយ PHI របស់អ្នក។
 ការបំពេញផ្នែកទី II នៃក្រដាសបំពេញនេះ អនុញ្ញាតឲ្យមនុស្សមានឈ្មោះក្នុងផ្នែក J ធ្វើការជួស
 អ្នក។ L.A. Care អាចនឹងសូមការអនុញ្ញាតពីអ្នក មុននឹងអនុញ្ញាតឲ្យមនុស្សមានឈ្មោះក្នុងផ្នែក
 J ធ្វើការជួសអ្នក។

ផ្នែក N: សិទ្ធិដកហូតវិញ

អ្នកអាចនឹងបញ្ឈប់ការអនុញ្ញាតឲ្យមនុស្សនៅក្នុងផ្នែក J ធ្វើការជួសអ្នក នៅពេលណាក៏បានដែរ។
 ដើម្បីធ្វើដូច្នោះ ត្រូវផ្ញើសំបុត្រទៅ:

Member Services
 L.A. Care Health Plan
 1055 West 7th Street, 10th Floor
 Los Angeles, CA 90017
 ទូរសារឥតចេញថ្លៃ: 1-844-657-7272

ផ្នែក O: ហត្ថលេខា

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាក្នុងផ្នែក O ខ្ញុំអនុញ្ញាតឲ្យមនុស្សមានឈ្មោះក្នុងផ្នែក J ធ្វើការជួសខ្ញុំ
 សំរាប់ការកិច្ចដែលមានកត់នៅក្នុងផ្នែក K។

កាលបរិច្ឆេទនៃថ្ងៃនេះគឺ:

ហត្ថលេខានៃសមាជិក ឬអ្នកតំណាងផ្ទាល់ខ្លួន:

បើសិនជាអ្នកតំណាង សូមប្រាប់អំពីទំនាក់ទំនង: