



健康資訊披露授權書

根據紐約州法律和 1996 年《健康保險便攜性與責任法案》(HIPAA) 之隱私權條款的規定，作為 VNSNY CHOICE Total (HMO SNP)，（下稱「VNSNY CHOICE」）的參保人，我瞭解 VNSNY CHOICE 或其第三方管理者可在健康資訊披露授權書（下稱「披露授權書」）在檔的情況下披露或討論我的健康資訊。本披露授權書會讓另一個人或組織（包括配偶、家庭成員或朋友，下稱「接收者」）有權存取我的健康資訊。我的健康資訊是指 VNSNY CHOICE 記錄中維護的與我過去、現在或未來的身體或精神健康或醫療狀況相關的任何資訊，包括任何個人財務資訊。必須針對每個接收者填寫單獨的披露授權書。

本授權書可能包括披露與**酒精和藥物濫用、精神健康治療**（不含心理治療記錄）有關的資訊，只有當我在第 3 部分（下文）勾選相應行時，才能披露 **HIV* 相關機密資訊**。如果下文載列的健康資訊包含任何上述類型的資訊，並且我在第 3 部分勾選相應行，則表明我明確授權將這些資訊披露給第 2 部分中指定的人士。

如果我授權披露 HIV 相關資訊、酒精或藥物治療資訊或精神健康治療資訊，除應聯邦或州法律要求之外，未經本人授權，接收者不得再次披露這些資訊。我知道我有權索取一份不需授權即可收到或使用我的 HIV 相關資訊的人員的名單。如果我因為披露或公佈 HIV 相關資訊而受到歧視，我可以撥打 (212) 480-2493 聯絡紐約州人權署，也可以撥打 (212) 306-7450 聯絡紐約市人權委員會。這些機構有責任保障我的權利。

如果您對本授權書有任何疑問，請撥打 1-866-783-1444 聯絡會員服務部。

第 1 部分：參保者身份和聯絡資訊

本部分界定的參保者是指可根據本披露授權書披露其健康資訊的人士。請提供您的姓名和個人身份識別資訊，以及其他聯絡資訊，以備我們對本披露授權書存在任何疑問時之需。

姓名：_____

社會安全碼：_____

健康計劃識別號：_____

日間電話號碼：_____

夜間電話號碼：_____

第 2 部分：接收者資訊

VNSNY CHOICE 或其第三方管理者 (TMG Health) 可向以下個人或組織披露您的健康資訊。請注意，不允許以下個人修改您的記錄資訊。僅正式指定的個人代表（例如授權委託書）有權修改您的健康記錄。

姓名：_____

地址：_____

日間電話號碼：_____

夜間電話號碼：_____

出生日期（必填，如果接收者是個人）：_____

健康計劃識別號（如適用）：_____

* 人類免疫缺陷病毒（此病毒引起 AIDS）。紐約州公共衛生法保護可推斷某人出現 HIV 症狀或感染 HIV 的資訊，以及此人的聯絡資訊。

第 3 部分：披露限制

VNSNY CHOICE 可在滿足以下限制要求的情況下披露您的健康資訊（勾選所有適用項）：

- 僅限查詢（在上文中界定為「接收者」的人士可能會收到存檔的所有健康資訊，但不可對存檔的健康資訊作出變更。僅個人代表可對會員的記錄作出變更，請參閱以下第 5 部分。）
- 僅限主治醫師（「PCP」）更新。
- 其他限制存取（請指明）： _____

- 與以下方面相關的資訊：
- 酒精/藥物治療
 - 精神健康治療（不含心理治療記錄）
 - HIV* 相關機密資訊

第 4 部分：過期和撤銷

您可隨時透過書面方式通知 VNSNY CHOICE 來撤銷本授權書，已根據本授權書採取相關行動的情況除外。此類撤銷會在 VNSNY CHOICE 收到相關書面通知后立即生效，並且不會影響 VNSNY CHOICE 在收到撤銷通知前使用或披露資訊的行為。

第 5 部分：個人代表

（註：如果第 1 部分中界定的人士在本授權書上簽名，請跳過本部分并轉到第 6 部分。）

本披露授權書可由任何參保人的個人代表，代表該參保人填寫和簽名。個人代表是指擁有**合法權利**，能夠就醫療護理事宜代表您的人士，包括被授予授權委託書的人士或法庭指定的監護人。請附上向您授權以代表參保人的法律文件。

個人代表姓名： _____

個人代表與參保人或保戶的關係： _____

個人代表的日間電話號碼： _____

個人代表的夜間電話號碼： _____

第 6 部分：存檔或撤銷本授權書的程序

填寫本授權書并簽名后，請寄回以下地址：

VNSNY CHOICE
Attention: Member Services
220 East 42nd Street, 3rd Floor
New York, NY 10017

若要撤銷本授權書，您可發送傳真至 1-866-791-2214 或致函以上地址提交您的請求。請在信件中註明您的姓名和健康計劃識別號。如果適用，請表明您的個人代表（請參閱以上第 5 部分）身份，以及不應再有權存取您的健康資訊的人士之姓名。

在下方指定處簽名即表示您承認并理解 (i) 本授權純屬自願，(ii) 除非本授權書的第 3 部分另有說明，否則披露的健康資訊可由接收者進行再披露，並且如果接收者不是適用隱私權法律或法規覆蓋範圍內的健康計劃、醫療保健執業人員或其他企業，此類健康資訊可能不再受到聯邦隱私權法規的保護。請保留此簽名授權書的副本作為存檔。

日期：_____

參保人或參保人個人代表的簽名

參保人或參保人個人代表的正楷姓名

VNSNY CHOICE Total 是一項簽署聯邦醫療保險合約的健康維護機構特殊需求計劃 (HMO SNP)。該項計劃還是一項與紐約州衛生部簽約的醫療補助計劃優勢增強計劃 (Medicaid Advantage Plus Plan)。註冊參加 VNSNY CHOICE Total 計劃取決於合約續延。