



WNIOSEK O DODATKOWE OGRANICZENIA

Użyj tego formularza, aby złożyć wniosek o wyrażenie przez Cook County Health (CCH) zgody na zastosowanie dodatkowych ograniczeń dotyczących sposobu wykorzystywania i ujawniania Twoich Chronionych Informacji Zdrowotnych (Protected Health Information, PHI). Nazywamy to „Wnioskiem o Dodatkowe Ograniczenia”.

- Możesz złożyć wniosek o zastosowanie przez CCH dodatkowych ograniczeń dotyczących sposobu wykorzystywania i ujawniania Twoich PHI w celach leczenia, płatności lub działań związanych z opieką zdrowotną, a także dotyczących wykorzystywania i ujawniania Twoich PHI członkom rodziny i znajomym zaangażowanym w Twoją opiekę lub w dokonywanie płatności za Twoją opiekę. Ustawą o przenoszeniu ubezpieczeń zdrowotnych i odpowiedzialności za nie (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) zezwala na złożenie takiego wniosku, jednak nie zobowiązuje nas do jego uwzględnienia. Więcej informacji na temat tych wymagań znajduje się w naszym Zawiadomieniu o Zasadach Ochrony Prywatności.
- Możesz zwrócić się do CCH z wnioskiem o ograniczenie ujawniania Twoich PHI planowi ubezpieczenia zdrowotnego na potrzeby realizacji płatności lub działań związanych z opieką zdrowotną, jeżeli PHI dotyczy wyłącznie świadczenia lub usługi opieki zdrowotnej, za które zapłacono w całości z własnych środków. Jeżeli Twój wniosek spełnia te wymagania, CCH ma obowiązek zastosować się do tego wniosku. Należy pamiętać, że ograniczenie to nie będzie miało zastosowania do ujawnień dokonywanych w celach leczenia.

Aby umożliwić CCH szybkie i prawidłowe rozpatrzenie Twojego Wniosku o Dodatkowe Ograniczenia, prosimy o wypełnienie niniejszego formularza w całości.

Nazwisko			Imię		Drugie imię		
Data urodzenia	Miesiąc	Dzień	Rok	Data dzisiejsza	Miesiąc	Dzień	Rok
Adres			Miasto	Stan	Kod pocztowy	Telefon	
WNIOSKOWANE OGRANICZENIE							
Prosimy szczegółowo opisać, w jaki sposób CCH ma dodatkowo ograniczyć wykorzystywanie i ujawnianie Twoich PHI.							
POWÓD ZŁOŻENIA WNIOSKU O DODATKOWE OGRANICZENIA							
Prosimy podać powód (powody) złożenia Wniosku o Dodatkowe Ograniczenia.							
Podpis osoby				Data			
DLA PRZEDSTAWICIELI OSOBISTYCH PACJENTA							
Imię i nazwisko przedstawiciela osobistego				Relacja z osobą			
Niniejszym oświadczam, że zgodnie z obowiązującym prawem posiadam uprawnienia do złożenia niniejszego wniosku w imieniu wskazanej powyżej osoby.							
Podpis przedstawiciela osobistego				Data			
Prosimy odesłać niniejszy formularz na poniższy adres.			Ashley Huntington, JD, CHC Privacy Officer 1950 W. Polk Street, Suite 9217 Chicago, IL 60612				
Lub zadzwoń pod poniższy numer w razie pytań: 1-877-476-1873							

Umieść tutaj etykietę pacjenta