

WCB פֿאַל נומער (אויב דו קענסט עס):

צו קליימאַנט: אויב דו האָסט באַקומט באַהאַנדלונג פֿאַר אַ פֿריערדיקן פֿוסד אויף דעם זעלבן קערפער טייל אָדער פֿאַר אַ קראַנקייט ענלעך צו די באַשרייבט אין דיין גייק קליימ, אָנפֿילט די פֿאַרמע. די פֿאַרמע דערלויבט די געזונטערהייט אָפּהייטונג צושטעלער אין די פֿאַלגנדיקע רשימה צו באַפֿרייען געזונטערהייט אָפּהייטונג אינפֿארמאַציע וועגן דיין פֿריערדיקער פֿוסד/קראַנקייט צו דינער אַרבעטגעבער אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג פֿאַרזיכערער. די פֿעדעראַל HIPAA געזעץ (געזונטערהייט פֿאַרזיכערונג פֿאַרטאַביליטי און פֿאַראַנטוואָרלעכקייט אַקט פֿון 1996) זאָג אַז דו האָסט דעם רעכט צו באַקומען אַ קאָפּיע פֿון די פֿאַרמע. אויב דו פֿאַרשטייט ניט די פֿאַרמע, רעד מיט דיין געזעצלעך רעפּרעזענטאַנט. אויב דו האָסט ניט אַ געזעצלעך רעפּרעזענטאַנט, דעם אַדוואָקאַט פֿאַר פֿוסדיקע אַרבעטער אין דעם אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג באַרד קען דיר העלפֿן. אָנקלינגט: 800-580-6665.

צו געזונטערהייט אָפּהייטונג צושטעלער: אַ קאָפּיע פֿון די HIPAA-compliant באַפֿרייַונג דערלויבט אייך צו אַנטפּלעקן געזונטערהייט אינפֿארמאַציע. אויב דו שיקסט רעקאָרדס צו דעם אַרבעטגעבער אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג פֿאַרזיכערער אַז אַן ענטפֿער צו דעם באַפֿרייַונג, שיק אויך פֿאַסט קאָפּיעס צו דעם קליימאַנט געזעצלעך רעפּרעזענטאַנט. (אויב עס איז ניט דאָ קיין געזעצלעך רעפּרעזענטאַנט אין די ווייטערדיקע רשימה, שיק קאָפּיעס צום קליימאַנט). געזונטערהייט אָפּהייטונג צושטעלער וואָס באַפֿרייען רעקאָרדס דאַרפֿן פֿאַלגן נוי יאַרק שטאַט געזעץ און HIPAA.

- די פֿאַרמע דערלויבט ניט דינער געזונטערהייט אָפּהייטונג צושטעלער צו באַפֿרייען די פֿאַלגנדיקע מין אינפֿארמאַציע:
- HIV-באַצויגן אינפֿארמאַציע
- פּסיקאַטעראַפּיע באַמערקונגען
- אַלקאָהאָל/רפּואַה באַהאַנדלונג
- גייסטיק געזונטערהייט באַהאַנדלונג (סיידן איר טשעקן אונטן)
- מינדלעך אינפֿארמאַציע (איינער געזונטערהייט אָפּהייטונג צושטעלער מעגן ניט דיסקוטירן איינער געזונטערהייט אָפּהייטונג אינפֿארמאַציע מיט קיינער)

- דאָס באַפֿרייַונג איז:
- פֿרייוויליק. איינער געזונטערהייט אָפּהייטונג צושטעלער(ס) דאַרפֿן דיר געבן דעם זעלבן אָפּהייטונג, צאָלונג טערמינען און בענעפֿיטס, צי איר אונטערשרייבן אָדער ניט אונטערשרייבן די פֿאַרמע.
- באַגרענעצט. עס געב דינע געזונטערהייט אָפּהייטונג צושטעלער דערלויבעניש צו באַפֿרייען בלויז יענע געזונטערהייט רעקאָרדס וואָס זיינען באַצויגן צו דעם פֿריערדיקער קראַנקייט/צושטאַנד איר באַשרייבן אונטן.
- דערוויליק. עס ענדיקט ווען דינער גייק קליימ פֿאַר פֿאַרגיטיקונג ווערט פֿעסטטיקט אָדער אומדערלויבט און אַלע אַפּעלירן זיינען אויסגעמאַטערט.
- באַטלעך. דו קענסט שטענדיק באַטל מאַכן די באַפֿרייַונג. כדי צו באַטל מאַכן, שיק אַ בריוו צו דעם געזונטערהייט אָפּהייטונג צושטעלער אין די רשימה פֿון די פֿאַרמע. אויך, שיק אַ קאָפּיע פֿון איינער בריוו צו דיין אַרבעטגעבער אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג פֿאַרזיכערער און דעם אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג באַרד. באַמערקונג: דו קענסט ניט באַטל מאַכן די באַפֿרייַונג משום מעדיקאַל רעקאָרדס שוין צוגעשטעלט.
- בלויז פֿאַר רעקאָרדס. עס געב דינע געזונטערהייט אָפּהייטונג צושטעלער אין די רשימה פֿון די פֿאַרמע דערלויבעניש צו שיקן קאָפּיעס פֿון דינע געזונטערהייט אָפּהייטונג רעקאָרדס צו דינער אַרבעטגעבער אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג פֿאַרזיכערער.

קיין מעדיקאַל רעקאָרדס באַפֿרייַונג וועלן ווערן אַ טייל פֿון דיין אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג פֿיל און זיינען קאָנפֿידענציעל לויט די אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג געזעץ.

A. דיין אינפֿארמאַציע (קליימאַנט)

1. נאָמען: _____
2. סאָשאַל סעקורטי נומער: _____ - _____ - _____
3. פֿאַסט אַדרעס: _____
4. געבורט דאַטע: _____ / _____ / _____ 5. דאַטע פֿון איצטיקער פֿוסד/קראַנקייט: _____ / _____ / _____
6. איצטיקער פֿוסד/קראַנקייט, אַריינגענומען אַלע געשעדיקט קערפער טיילן: _____
7. דיין געזעצלעך רעפּרעזענטאַנט נאָמען און אַדרעס (אויב עס איז דאָ): _____

טשעק דאָ אויב דו דערלויבסט דינע געזונטערהייט אָפּהייטונג צושטעלער צו באַפֿרייען גייסטיק געזונטערהייט אָפּהייטונג אינפֿארמאַציע.

B. דינע געזונטערהייט אָפּהייטונג צושטעלער (מאָך אַ רשימה פֿון אַלע געזונטערהייט אָפּהייטונג צושטעלער וואָס האָבן אייך באַהאַנדלט פֿאַר אַ פֿריערדיקער פֿוסד צו די זעלבע קערפער טייל אָדער ענלעך קראַנקייט. אויב מער ווי 2 צושטעלער צופֿעסטטיקט זיין קאָנטאַקט אינפֿארמאַציע צו די פֿאַרמע).

1. צושטעלער: _____ 2. טעלעפֿאָן נומער: _____ ()
3. פֿאַסט אַדרעס: _____
4. אַנדערער צושטעלער (אויב עס איז דאָ) _____ 5. טעלעפֿאָן נומער: _____ ()
6. פֿאַסט אַדרעס: _____

C. ליענט און אונטערשרייבט אונטן. איך בעט אַז די געזונטערהייט אָפּהייטונג צושטעלער פֿאַרשריבן אויבן צו געבן מיין אַרבעטגעבער אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג פֿאַרזיכערער קאָפּיעס פֿון אַלע געזונטערהייט אָפּהייטונג רעקאָרדס באַצויגן צו קיין פֿריערדיקער פֿוסד/קראַנקייט, צו אַלע קערפער טיילן, באַשרייבט אויבן.

קליימאַנט אונטערשריפט (בלויז טינט -- נוצן בלוי באַלפּוינט פֿעדער, אויב מעגלעך) _____ דאַטע _____

אויב דעם קליימאַנט קענט ניט אונטערשרייבן, דעם פּערזאָן וואָס אונטערשרייבט פֿאַר/ע/זי דאַרפֿן אָנפֿילן און אונטערשרייבן אונטן: _____ דאַטע _____

דיין נאָמען _____ באַצויגן מיטן קליימאַנט _____ אונטערשריפט _____ (בלויז טינט -- נוצן בלוי באַלפּוינט פֿעדער, אויב מעגלעך) _____ דאַטע _____