

## 第一部份 | 會員資訊

請確保完整填寫該部分的表格。舉例說，如果您住在公寓大樓，請附上您的公寓號碼。並確保包含您的第一保健會員ID，以便我們可以在系統中輕鬆找到您。

## 第二部份 | 此項授權書的目的

請告訴我們為什麼您希望我們與該人士或機構披露或分享您的資訊。

## 第三部份 | 要向其披露或分享受保護健康資料的人士與機構

請寫出您希望我們向其披露或分享您的資訊的人士或機構的全名。請使用具體的名稱：請勿使用「我女兒」、「我兒子」之類的統稱。如果您允許此人士或機構收到您的檔案記錄的郵寄影本，我們也需要他們的地址。

如果您想要我們跟不只一個人或機構分享您的資訊，每一個個人或機構都必須分別填寫表格。

## 第四部份 | 第一保健獲得授權得以披露或分享的資訊類別

如果您希望能選擇第一保健向獲授權的人士或機構披露特定的資訊類別，請填寫此部分。透過電子郵件傳送（安全地傳送）的資訊會被加密。若要檢視您的資訊，請遵循您收到的電子郵件中的說明。

## 第五部份 | 過期與取消

提供此授權書過期（終止）日期或說明會終止此授權書的內容。如果您想繼續與您選擇的一個或多個人分享您的資訊，您可以寫「直到我的護理結束」或「直到我不再是第一保健的會員」。

## 第六部份 | 我需要知道的重要資訊

請務必閱讀本部份的資訊再簽署本表格。

# 披露受保護健康資料 (Protected Health Information, 簡稱PHI) 的 授權書填寫說明

## 第七部份 | 會員或獲授權方的簽名

### 已成年之會員或獲授權方的簽名

如果您是簽署此表格的已成年會員或獲授權方，請勾選正確的方框以表明您與會員的關係。簽署並用正楷填寫您的姓名，而且別忘了填寫日期。

### 未成年之會員的簽名

如果簽署此表格的您尚未成年，請勾選正確方框。簽署並用正楷填寫您的姓名，而且別忘了填寫日期。

請注意：如果您是簽署本表格的會員本人，您在本部份的姓名必須與第一部分的姓名一致。

**如果您是代表該會員簽署本表格，就必須提供授權您代表此會員的證明文件。**

### 證明文件的範例（如法律文件）

授權書	此法律文件會對您信任的人授予權利，使其能夠代表您處理醫療護理賬單/付款事項（包括一些健康資料）。此人士不可為您做出醫療護理的決定。
遺產執行人證書	在會員（您）去世之後會用到這一法律文件來指定一位人士處理去世會員的遺產/事務。
醫療護理委託代理書	本文件允許您信任的人在您不能作出決定或無行為能力的情况下作出醫療護理相關的決定。 請注意：支持會員（您）失去決定能力的臨床文件必須連同已簽名的醫療護理委託表格一起遞交。
法定監護人證書	此文件授權法庭指定的人士代表該會員（您）行事，並負責照顧該會員，包括其財產，醫療護理等。

將此填妥的表格和任何相關文件郵寄、傳真或透過電子郵件傳送至

**第一保健會員服務部**

**郵寄：P.O. Box 5165, New York, NY 10274-5165**

**傳真：1-212-801-3250**

**電子郵件：CCO-Member\_Record\_Request@healthfirst.org**

透過完整填寫或簽署本表格，本人或者本人的授權代表允許第一保健與下列所列的人士和機構分享本人的受保護健康資料(PHI)。這裡所提及的第一保健，本人同時也意指該公司的子公司、附屬機構、僱員、代理人以及承包商。如需協助填寫此表格，請撥打您的第一保健會員ID卡上的會員服務部的電話號碼。

## 第一部份 | 會員資訊

名字	中間名縮寫	姓氏		
會員ID號碼	出生日期(月/日/年) ____/____/____		電話號碼	
郵寄地址 (包括公寓編號、大樓編號)		城市	州	郵遞區號
電子郵件				

## 第二部份 | 此項授權書的目的

請選擇申請本授權書之理由。

個人使用      其他 (請註明) : \_\_\_\_\_

## 第三部份 | 要向其披露或分享受保護健康資料的人士與機構

請勾選適用方框以指定您與此人士或機構的關係：

配偶      家庭伴侶      成年子女      父母      其他 (請註明) : \_\_\_\_\_

請填寫下列資訊：

個人或機構全名：

郵寄地址 (包括公寓編號、大樓編號)	城市	州	郵遞區號
電子郵件	電話號碼		

## 第四部份 | 第一保健獲得授權得以披露或分享的資訊類別

**披露方式：**我希望第一保健以下列方式披露下列資訊  郵件 或  電子郵件

**服務日期：**從 \_\_\_\_\_ 到 \_\_\_\_\_

**披露的資料類別：**

1. 標準健康資訊： 索賠及相關的上訴  賬單/註冊

其他（請說明）：

2. 敏感資訊除非您具體以勾選方框的方式**和**在您選項旁的空白處簽署您姓名的縮寫，否則我們將不會披露敏感資訊：

心理健康  性傳輸感染（Sexually Transmitted Infections，簡稱STI）

人體免疫缺損病毒/愛滋  生殖健康/家庭計畫健康

所有敏感資訊

**濫用藥物（SUBSTANCE USE DISORDER，簡稱SUD）：**為了遵守聯邦酒精及藥物濫用的病患記錄規定（Federal Rules for Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records，第一章第二部分，聯邦規章法規第42條），必須使用「披露濫用藥物受保護健康資料的授權書(Authorization to Release Substance Use Disorder (SUD) Protected Health Information (PHI))」之表格申請SUD相關資訊。

## 第五部份 | 過期與取消

此授權書將於表格簽署日期的24(二十四)個月後自動失效。或者，請填寫一個日期或使其在24個月前過期失效的事件。

授權書失效日期應為: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (月份/日期/西元年份)或

一旦發生下列事件時失效：

**取消的權利：**本人可隨時取消本授權。如果本人希望，本人可以寫信給第一保健隱私權保護辦公室，郵寄到P.O. Box 5183, NY, NY 10274-5183或傳送電子郵件到[HIPAAprivacy@healthfirst.org](mailto:HIPAAprivacy@healthfirst.org)。我瞭解這不會影響在收到我的撤銷要求前第一保健所採取的任何行動。

## 第六部份 | 我需要知道的重要資訊

本人在下面的簽字表示本人明白並同意下列各項:

- 本項授權完全是自願，並且可以隨時取消。我的取消不會影響在收到我的撤銷要求前第一保健所採取的任何行動。
- 除了人體免疫缺損病毒/愛滋以外，如果得到授權接受資訊的機構或個人不是健保計劃或醫療護理服務提供者，本人的健康資訊可能會被接收方再次披露，並且不再受到隱私權保護規定的保護。
- 如果本人不簽署本表格，第一保健不得為本人的治療、付款、註冊或本人獲得福利的資格與為服務付款等設定條件。但是，如果某一有效的表格，本人有關向上列個人或機構披露資訊的要求便不能得到實施。

## 第七部份 | 會員或獲授權方的簽名

選擇適用項目並簽署您的姓名。

已成年之會員或獲授權方的簽名（請勾選適用方框）

您是會員本人或會員的法定代表（請圈選）：委託代理人、授權委託人、監護人、其他： \_\_\_\_\_

您是未成年人士的家長或法定監護人，而且所分享的資訊與以下任何一項的「敏感」狀況無關：

- a. 心理健康
- b. 性傳輸感染(STI)
- c. HIV/愛滋病
- d. 生殖/家庭計畫（包括避孕、產前照護及終止懷孕）

簽名 \_\_\_\_\_

正楷姓名 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_

未成人會員的簽名（請勾選適用方框）

您已婚

您尚無自主權利、年齡在12至17歲之間，且授權分享的資訊屬於以下敏感情況之一：

- a. 心理健康
- b. 性傳輸感染(STI)
- c. HIV/愛滋病
- d. 生殖/家庭計畫（包括避孕、產前照護及終止懷孕）

簽名 \_\_\_\_\_

正楷姓名 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_

**注意：** 如果簽署本授權表格的並非會員本人，請提供授權您代表會員行事的相關法律文件（例如授權書、監護文件、遺產執行人文件等）。如需證明文件範例，請見**披露受保護健康資料（Protected Health Information，簡稱PHI）**的授權書填寫說明第2頁。

請將這份填妥的表格及任何相關文件寄回

**第一保健會員服務部**

**郵寄：P.O. Box 5165, New York, NY 10274-5165**

**傳真：1-212-801-3250**

**電子郵件：CCO-Member\_Record\_Request@healthfirst.org**

此表格確定了有權代表第一保健會員做出與該會員醫療保健相關決定的人士。本條款適用於具有法定監護權、授權書或其他書面合法授權代表會員行事的人士。有關此表格的問題應透過會員ID卡上的電話號碼直接聯繫第一保健會員服務部。

## 會員資訊 (包括在會員ID上的識別號碼前的任何字母)

姓名 (名字、中間名、姓氏、頭銜)	會員ID號碼
出生日期 (月份/日期/西元年份) ____/____/____	性別    男    女    非二元
地址 (包括郵遞區號)	
住家電話號碼 (包括區號)	日間電話號碼 (包括區號)
電子郵件	

## 個人代表人資訊

姓名 (名字、中間名、姓氏、頭銜)	個人/授權代表人之母親的娘家姓 (將用於身分驗證)
地址 (包括郵遞區號)	電話號碼 (包括區號)

此表格必須附上一份授權書或其他法律文件的副本，以便處理。附上支持文件並描述 (例如，授權書、監護令、遺產執行人)。

文件類別
------

**簽名/日期** (會員的法定個人/授權代表必須在此表格上簽名並註明日期才能進行處理。)

正楷姓名 _____
個人/授權代表人簽名 _____ 日期 _____

請保存好此表格作為您的記錄

## 關於個人/授權代表的重要資訊

聯邦隱私權規則要求第一保健在向您以外的其他人提供對您的受保護健康資料(PHI)的存取權限之前必須遵循某些程序。受保護健康資料(PHI)是關於您的資訊，可以合理地用於識別您的身分，並且與您過去、現在或未來的身體或心理健康或狀況有關，並為您提供的醫療保健或該護理的付款。

我們將在收到有效的醫療保險轉移和責任法(HIPAA)授權後向您的個人/授權代表披露受保護健康資料(PHI)。

我們還將承認遺囑執行人、管理人或法律認可的有權代表已故會員或會員遺產行事的個人/授權代表。

第一保健**不會**將某人視為您的個人/授權代表，如果我們有理由相信：

(1)您可能受到個人/授權代表的家庭暴力、虐待或忽視；(2)將此人視為您的個人/授權代表可能會危及您；或者(3)在行使專業判斷時（例如，根據持有執照的專業人員的判斷），第一保健決定將該人視為您的個人/授權代表不符合您的最佳利益。

個人/授權代表的指定將一直有效，直到會員、法院命令或適用法律將其撤銷。

為了協助我們回應此請求，請透過列印或在提供的空格中輸入來填寫此表格。如有必要，請附加其他頁面以澄清您的請求。附上支持您的個人/授權代表可以代表您行事的法律授權文件副本。

將填妥的表格和支持文件郵寄、傳真或透過電子郵件傳送至

**第一保健會員服務部**

**郵寄：P.O. Box 5165, New York, NY 10274-5165**

**傳真：1-212-801-3250**

**電子郵件：CCO-Member\_Record\_Request@healthfirst.org**

如果您對您的計劃有任何疑問，請致電您會員ID卡上的會員服務部電話號碼。

請保存好此表格作為您的記錄

© 2021 HF Management Services, LLC

0848-21\_CH

個人/授權代表申請表 | 第7頁，共7頁