

本授權書的目的是授權根據州和聯邦法律（包括 HIPAA）的要求來公佈、使用或披露 Affinity 會員的受保護機密健康資訊。授權書允許 Affinity 在特定時間段內、為了特定目的向指定個人或單位公佈資訊。需要注意的是，填寫不完整的授權書可能無法被處理，另外，可能需要您提供額外的資訊。

<b>1. 會員/受保險人資訊：（請填寫所有欄位）</b>		
會員姓名（姓，名）： _____	如果是未成年人，則填寫監護人的姓名： _____	
會員 ID #： _____	出生日期： _____	社會安全保險 #： _____
地址： _____	電話號碼： _____	
<b>2. 接收人資訊：提供獲授權接收會員健康資訊的個人或單位的資訊</b>		
姓名： _____		
地址： _____	電話號碼： _____	傳真號碼： _____
<b>3. 此次授權的目的：此次披露要求的原因</b>		
_____ _____		
<b>4. 將要發佈或披露的會員受保護健康資訊：勾選所有適用項</b>		
<input type="checkbox"/> 所有資訊：包括臨床（診斷、治療）、理賠、計費和承保範圍 <input type="checkbox"/> 限制資訊：（具體說明）_____		
以下資訊需要特別授權才能披露。勾選您的選項並簽寫姓名首字母。		
<input type="checkbox"/> 心理/行為健康_____	<input type="checkbox"/> 限制性藥物使用_____	<input type="checkbox"/> HIV/AIDS _____
<input type="checkbox"/> 不孕不育症/性傳播疾病_____	<input type="checkbox"/> 基因檢測_____	
<b>5. 授權的時間長度：指出該授權應該於何時結束（到期）。</b>		
<input type="checkbox"/> 此授權應該於以下日期結束： _____ <input type="checkbox"/> 此授權應該因以下事件結束： _____		
如果沒有指定結束日期或事件，此授權將自簽訂之日起達 24 個月時期滿。授權可在任何時候以書面形式撤銷（取消）。		

**6. 簽名：**會員或他/她的個人代表（合法授權代會員行事的人）必須簽署本授權才有效。對於 18 歲以下的受扶養人（未脫離管束者），則必須由父母或監護人簽署。

**透過簽署本授權書，我證明：**

- 我已閱讀並理解本授權書的條款，並已有機會向 Affinity Health Plan 詢問這些資訊將會如何被使用以及如何向接收人披露。
- 此授權是完全自願的，我可以拒絕簽字，並且我的繼續治療、承保、資格和/或其他利益不會以我是否願意簽署本授權書為條件。
- 我明白，我可在任何時候因任何原因以書面形式撤銷（結束）此授權，並且撤銷授權不會影響 Affinity Health Plan 在收到我的書面撤銷通知之前所做的任何披露。
- 披露的資訊可能被接收者二次披露，在這種情況下，這些資訊可能不再受隱私法的保護。
- 我是一名會員或我有有效的法律授權可代表本授權書所述會員行事。
- 盡我的知識和能力，此授權書上提供的資訊是真實、準確和完整的。
- 我有權獲得一份此授權書的副本。

會員簽名： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_

個人代表簽名： \_\_\_\_\_

正楷姓名： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_

簽署此授權書的個人代表必須在下面指出他或她與會員之間的關係：

父母       法定監護人\*       委託人\*       其他\* \_\_\_\_\_

\* 您可代表會員行事的合法授權文件。

將填妥的授權書寄至：

**Affinity Health Plan**

Attn: Customer Service Department

Metro Center Atrium

1776 Eastchester Road, Bronx, NY 10461

電話：(866) 247-5678；傳真：(718) 794-7804

請備存此請求書的副本。