

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 אָפֿהייטונג צושטעלער אין די פֿאַלגנדיקע רשימה צו באַפֿרייען געזונטערהייט אָפֿהייטונג אינפֿארמאַציע וועגן דיין פֿריערדיקער פֿוסד/קראַנקייט צו דינער אַרבעטגעבער אַרבעטער פֿאַרגיטקונג 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 נישט די פֿאַרמע, רעד מיט דיין געזעצלעך רעפּרעזענטאַנט. אויב דו האָסט נישט אַ געזעצלעך רעפּרעזענטאַנט, דעם אַדוואָקאַט פֿאַר די פֿוסדיקע אַרבעטער אין דעם אַרבעטער פֿאַרגיטקונג באַרד קען דיר העלפֿן. אָנקלינגט: 800-580-6665.

צו געזונטערהייט אָפֿהייטונג צושטעלער: אַ קאָפּיע פֿון די HIPAA-compliant באַפֿרייִונג דערלויבט אייך צו אַנטפֿעלען געזונטערהייט אינפֿארמאַציע. אויב דו שיקסט רעקאָרדס צו דעם אַרבעטגעבער אַרבעטער פֿאַרגיטקונג פֿאַרזיכערער אַז אַן ענטפֿער צו דעם באַפֿרייִונג, שיק אויך פֿאַסט קאָפּיעס צו דעם קליימאַנט געזעצלעך רעפּרעזענטאַנט. (אויב עס איז נישט דאָ קיין געזעצלעך רעפּרעזענטאַנט אין די ווייטערדיקע רשימה, שיק קאָפּיעס צום קליימאַנט). געזונטערהייט אָפֿהייטונג צושטעלער וואָס באַפֿרייען רעקאָרדס דאַרפֿן פֿאַלגן ניו יאָרק שטאַט געזעץ און HIPAA.

דאָס באַפֿרייִונג איז:

- **פֿרייוויליק.** אייער געזונטערהייט אָפֿהייטונג צושטעלער(ס) דאַרפֿן דיר געבן דעם זעלבן אָפֿהייטונג, צאָלונג טערמינען און בענעפֿיטס, צי איר אונטערשרייבן אָדער נישט אונטערשרייבן די פֿאַרמע.
- **באָגרענעצט.** עס געב דינע געזונטערהייט אָפֿהייטונג צושטעלער דערלויבעניש צו באַפֿרייען בלויז יענע געזונטערהייט רעקאָרדס וואָס זיינען באַצויגן צו דעם פֿריערדיקער קראַנקייט/צושטאַנד איר באַשרייבן אונטן.
- **דערווייליק.** עס ענדיקט ווען דינער גייק קליימ פֿאַר פֿאַרגיטקונג ווערט פֿעסטטיקט אָדער אומדערלויבט און אַלע אַפֿעלירן זיינען אויסגעמאַטערט.
- **באַטלעך.** דו קענסט שטענדיק באַטל מאַכן די באַפֿרייִונג. כדי צו באַטל מאַכן, שיקט אַ בריוו צו דעם געזונטערהייט אָפֿהייטונג צושטעלער אין די רשימה פֿון די פֿאַרמע. אויך, שיקט אַ קאָפּיע פֿון אייער בריוו צו דיין אַרבעטגעבער אַרבעטער פֿאַרגיטקונג פֿאַרזיכערער און דעם אַרבעטער פֿאַרגיטקונג באַרד. באַמערקונג: דו קענסט נישט באַטל מאַכן די באַפֿרייִונג משום מעדיקאַל רעקאָרדס שוין צוגעשטעלט.
- **בלויז פֿאַר רעקאָרדס.** עס געב דינע געזונטערהייט אָפֿהייטונג צושטעלער אין די רשימה פֿון די פֿאַרמע דערלויבעניש צו שיקן קאָפּיעס פֿון דינע געזונטערהייט אָפֿהייטונג רעקאָרדס צו דינער אַרבעטגעבער אַרבעטער פֿאַרגיטקונג פֿאַרזיכערער.

די פֿאַרמע דערלויבט נישט דינער געזונטערהייט אָפֿהייטונג צושטעלער צו באַפֿרייען די פֿאַלגנדיקע מין אינפֿארמאַציע:

• **HIV-באַצויגן אינפֿארמאַציע**• **פּסיקאַטעראַפּיע באַמערקונגען**• **אַלקאהאָל/רפואה באַהאַנדלונג**• **גייסטיק געזונטערהייט באַהאַנדלונג (סיידן איר טשעקן אונטן)**

• **מינדלעך אינפֿארמאַציע** (אייער געזונטערהייט אָפֿהייטונג צושטעלער מעגן נישט דיסקוטירן אייער געזונטערהייט אָפֿהייטונג אינפֿארמאַציע מיט קיינער)

קיין מעדיקאַל רעקאָרדס באַפֿרייט וועלן ווערן אַ טייל פֿון דיין אַרבעטער פֿאַרגיטקונג פֿיל און זיינען קאָנפֿידענציעל לויט די אַרבעטער פֿאַרגיטקונג 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 אָפֿהייטונג צושטעלער צו באַפֿרייען גייסטיק געזונטערהייט אָפֿהייטונג אינפֿארמאַציע.

B. דינע געזונטערהייט אָפֿהייטונג צושטעלער (מאָך אַ רשימה פֿון אַלע געזונטערהייט אָפֿהייטונג צושטעלער וואָס האָבן אייך באַהאַנדלט פֿאַר אַ פֿריערדיקער פֿוסד צו די זעלבע קערפער טייל אָדער ענלעך קראַנקייט. אויב מער ווי 2 צושטעלער צופֿעסטקט 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. לייענט און אונטערשרייבט אונטן. איך בעט אַז די געזונטערהייט אָפֿהייטונג צושטעלער פֿאַרשריבן אויבן צו געבן מיין אַרבעטגעבער אַרבעטער פֿאַרגיטקונג פֿאַרזיכערער קאָפּיעס פֿון אַלע געזונטערהייט אָפֿהייטונג רעקאָרדס באַצויגן צו קיין פֿריערדיקער פֿוסד/קראַנקייט, צו אַלע קערפער טיילן, באַשרייבט אויבן.

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

אויב דעם קליימאַנט קענט נישט אונטערשרייבן, דעם פערזאָן וואָס אונטערשרייבט פֿאַר ער/זי דאַרפֿן אָנפֿילן און אונטערשרייבן אונטן: _____

דיין נאָמען _____ באַצויגן מיטן קליימאַנט _____ אונטערשריפט _____ דאַטע _____

(בלויז טינט -- נוצן בלויז באַלפּוינט פֿעדער, אויב מעגלעך)