



2400 Moorpark Avenue, Suite 300, San Jose, CA 95128  
749 Story Road, Suite 50, San Jose, CA 95122  
電話：(408) 975-2730      傳真：(408) 975-2745

---

## 美國亞裔社區協進會 隱私政策通告

本通告說明如何使用和披露您的健康資訊以及您如何查閱此類資訊。請仔細閱讀本通告。

如果需要更多的資訊，請聯絡下列人員：

AACI Health Center  
Elizabeth Hunt, MPA, MSW  
Senior Manager, Quality Improvement  
2400 Moorpark Ave., Suite #300  
San Jose, CA 95128  
(408) 975-2730 x 114 | Fax (408) 975-2745  
[Eliazbeth.hunt@aacj.org](mailto:Eliazbeth.hunt@aacj.org)

AACI Behavioral Health  
Duy Pham, LCSW  
Manager of Quality Improvement  
2400 Moorpark Ave., Suite #300  
San Jose, CA 95128  
(408) 975-2730 ext. 147 | Fax (408) 975-2745  
[duy.pham@aacj.org](mailto:duy.pham@aacj.org)

**AACI**  
**隱私政策通告**

本通告說明美國亞裔社區協進會(AACI)的隱私政策及其計劃，以及下列各方的隱私政策：

- 我們的所有持照醫師、護士、醫務助理、心理治療師，包括精神病醫師、心理學家、婚姻與家庭治療師、持照專業臨床諮詢師以及臨床社工；
- 我們的所有非持照心理健康諮詢師，例如心理健康培訓生和實習生、助理諮詢師以及案例經理；
- 我們的所有員工，包括工作人員、義工及其他為我們工作或代表我們開展工作的人員；及
- 我們的所有部門，例如財務部和教育部。

**我們的承諾**

美國亞裔社區協進會理解，您的健康資訊屬於保密性質，並且我們承諾保護您的個人健康資訊 (PHI)。當您在美國亞裔社區協進會接受服務時，我們會建立此類服務的記錄，以便更好地為您服務。我們需要使用該記錄來為您提供優質醫護服務，以及遵守法律要求。本通告適用於與您醫療服務有關的所有記錄，無論該記錄是由心理健康諮詢師提供和/或由代表美國亞裔社區服務中心工作的其他人員提供。本通告還向您說明我們使用和披露受保護健康資訊的方式，解釋您對於我們保存的健康資訊的權利，以及我們在使用和披露此類資訊時的義務。

依據法律要求，我們必須：

- 根據州和聯邦法律，確保對可以識別您身份的健康資訊保密；
- 向您提供本通告，說明與您的法定責任以及與您的受保護健康資訊有關的隱私政策；及
- 遵守當時有效的本通告條件處理您的所有受保護健康資訊。

**我們如何使用和披露您的受保護健康資訊**

一般而言，法律允許美國亞裔社區協進會使用和/或披露您的受保護健康資訊，用於治療、支付、醫護運營以及內部溝通目的，包括透過電子郵件和或傳真進行的溝通。在向任何外部實體披露您的任何受保護健康資訊之前，美國亞裔社區協進會的各項計劃通常會獲得經您簽字的授權。您有權撤銷您給予的任何授權。但是，撤銷授權只能禁止我們進一步披露您的個人健康資訊。在您撤銷授權之前，如果美國亞裔社區協進會已經依據授權披露資訊，則相關計劃是依據您的授權行事，不必試圖收回已經披露的資訊。所有撤銷授權的要求必須採取書面形式。您理解，我們無法收回我們經您允許而披露的任何資訊，並且依據法律要求，我們必須保留向您提供的服務或治療的記錄。但是，在某些情況下獲得您的事先授權可能不切實際、無法執行和/或不可

能實現。在此類情況下，美國亞裔社區協進會需要根據州和/或聯邦法規的要求披露您的受保護健康資訊，而不必獲得您的允許。此類情況包括：

**治療。**美國亞裔社區協進會可使用和披露個人健康資訊，以便為您提供治療或服務。我們可向醫生、護士、技師、精神病醫師、心理學家、社工、專業助理、案例經理、持照婚姻與家庭問題治療師、醫科學生、實習生和培訓生以及參與您治療的其他人士披露您的健康資訊。我們可與您的醫生、執行您醫生要求之試驗的美國亞裔社區協進會外部實驗室分享醫療記錄。我們亦可與療養院或其他社區保健機構分享個人健康資訊，以便在您離開美國亞裔社區協進會的服務之後為您安排持續治療事宜。美國亞裔社區協進會內的不同計劃之間可分享醫療資訊，以協調您所需要的服務和維持優質醫護服務。

**支付。**美國亞裔社區協進會可使用和披露您的個人健康資訊，以便就您獲得的治療和服務寄發帳單，並向您、保險公司或第三方收取費用。但是，在所有情況下，只能披露完成支付所需的最低限度的資訊。例如，我們可向您的醫療計劃說明您將要接受的服務，以獲得事先批准，或者確定您的醫療計劃是否會承擔治療費用。我們也可以提供與您、您的醫療計劃、投保人或參與您治療的美國亞裔社區協進會外部第三方有關的基本資訊，以協助他們就為您提供的服務獲得費用付款。

**運營。**美國亞裔社區協進會可出於醫療運營目的評估、使用和分享個人健康資訊。我們需要使用和披露此類資訊，以改善醫護品質以及為美國亞裔社區協進會工作人員提供的培訓教育計劃。我們可查閱和分享個人健康資訊，以遵守法律和法規、履行合約義務、提交收款人資格申請、進行業務規劃、行銷以及開展美國亞裔社區協進會的內部運營。例如，我們可查閱、使用和披露個人健康資訊，以審查向您提供的治療和服務，以及評估和改善美國亞裔社區協進會工作人員為您提供的醫療服務。我們亦可將我們持有的個人健康資訊與其他醫護系統或業務合作夥伴相合併，以比較我們的工作表現，以及瞭解如何改善我們的醫護和服務。

**與健康相關的服務和治療活動。**美國亞裔社區協進會可使用和披露個人健康資訊，以便向您說明與健康有關的服務或建議的治療方案或您感興趣的替代方案。如果您選擇不接收此類資訊，或者您希望我們使用其他地址，請告知我們服務團隊的成員。

**與您的醫護或醫護費用支付有關的人員。**美國亞裔社區協進會可向參與您的醫療的朋友或家人，或協助支付醫療費用的人士披露您的個人健康資訊。

**預約提醒。**美國亞裔社區協進會可使用或披露您的個人健康資訊，以便與您聯絡，提醒您參加預約。

**緊急醫療。**在您的健康遇到緊迫威脅，以及需要立即採取醫療介入的情況下，美國亞裔社區協進會可向公共或私營醫護人員披露必要的受保護健康資訊，以處理您和/或任何其他人士的緊急醫療狀況。例如，在緊急醫療情況下，我們可能需要聯絡運送您的救護車，並且可以披露個人健康資訊，以便您獲得醫護服務。

**器官及組織捐贈**。如果您是器官捐贈人，美國亞裔社區協進會可視需要向器官採集或器官、眼睛或組織移植機構或器官捐贈銀行披露您的健康資訊，以促成器官或組織捐贈和移植。

**用於防止嚴重的健康或安全威脅**。美國亞裔社區協進會可在必要時使用或披露您的個人健康資訊，以免您、公眾或其他人士的健康和安全遭到嚴重威脅。不過，我們只會向能夠阻止此類威脅的人士披露此類資訊。

**軍人和退伍軍人**。如果您是軍隊成員，或已從軍隊離職/退役，美國亞裔社區協進會可根據軍事指揮機關或退伍軍人事務部（視情況而定）的要求披露您的健康資訊。我們還可以向相關外國軍事機關披露有關外國軍事人員的健康資訊。

**工傷補償**。美國亞裔社區協進會可就工傷補償或類似計劃披露您的個人健康資訊。此類計劃為工傷或職業病提供福利。

**驗屍官、法醫和喪葬人員**。美國亞裔社區協進會可向驗屍官或法醫披露我們患者的個人健康資訊。例如，為確定死者身份或死亡原因所需要的資訊。我們還可以向喪葬人員披露必要的個人健康資訊，以便他們履行職責。

**國家安全和情報活動**。我們可向從事法律授權之情報、反情報及其他國家安全活動的授權人員披露您的個人健康資訊。我們亦可向授權聯邦官員披露個人健康資訊，以便他們保護總統、總統家人、其他指定人士或外國元首，或執行特殊調查任務。

**囚犯**。如果您是感化機構的囚犯，或者被執法官員收押，美國亞裔社區協進會可向感化機構或執法官員披露個人健康資訊。下列情況需要披露個人健康資訊：

1. 提供您所需要的醫護服務
2. 保護您或他人的健康和安全
3. 保障感化機構的安全。

**訴訟和爭議**。如果法院根據州和/或聯邦法規指定的程序發出命令，美國亞裔社區協進會可應法院的命令披露您的個人健康資訊。我們亦可因傳票、爭議所涉其他人士提出的其他合法流程的證據開示請求披露您的醫療資訊，惟須採取努力，向您說明該請求（可包括書面通知），或申請相關命令，以保護所請求的資訊。我們只會在收到法院命令或患者授權之後，才會應傳票的要求披露心理健康及與藥物/酒精相關的治療記錄。

**執法。**我們可應執法官員的要求查閱、使用和披露個人健康資訊：

- 根據法院命令、傳票、逮捕令、大陪審團傳票、傳喚或類似程序的要求披露資訊；
- 識別或尋找疑犯、逃犯、重要目擊證人或失蹤者；
- 在少數情況下，如果我們無法直接取得犯罪受害人的允許，則可披露關於該犯罪受害人的資訊；
- 關於死者的資訊，且我們相信其死因是犯罪行為所致；
- 關於在我們工作地點發生的犯罪行為的資訊；及
- 在緊急情況下舉報犯罪行為；犯罪地點；或犯罪者的身份、描述或位置。

心理健康及酒精和藥物服務記錄需要法律保護，如未獲得正式法院命令、患者或患者代表的授權，則不能披露，惟法律允許的少數情況除外。

**在美國亞裔社區協進會實施以及針對美國亞裔社區協進會員工的犯罪行為。**如果您在美國亞裔社區協進會的工作地點或針對美國亞裔社區協進會的工作人員實施犯罪行為或威脅實施犯罪行為，我們可向執法機構舉報犯罪行為和/或向其求助。美國亞裔社區協進會可披露事件的詳細情況，包括（但不限於）您的姓名、地址、最近去向以及您在美国亞裔社區協進會的客戶身份。

**研究目的。**在這種例外情況下，美國亞裔社區協進會可在某些情況下披露您的受保護健康資訊。此類情況包括人體試驗委員會或隱私委員會批准披露資訊、在簽署數據使用協議並獲得您或您個人代表的授權之後準備研究、死者數據、有限數據集。美國亞裔社區協進會將制訂相關準則，在您參與研究項日期間保護您的受保護健康資訊。

**業務合作夥伴和合格服務組織。**美國亞裔社區協進會根據與業務合作夥伴簽訂的合約提供某些服務，並為美國亞裔社區協進會的其他計劃、合格服務組織(QSO)提供某些服務。美國亞裔社區協進會可向美國亞裔社區協進會的業務合作夥伴和合格服務組織披露您的受保護健康資訊，以便他們代表美國亞裔社區協進會履行合約責任。這些責任包括但不限於醫師服務、某些實驗室檢驗、帳單、分析以及我們用於複製健康記錄的影印服務。為了保護您的個人健康資訊，業務合作夥伴和合格服務組織必須依據聯邦法律妥善保護您的資訊。此外，在為美國亞裔社區協進會計劃的患者提供綜合醫護服務以及對轉診和服務進行協調、行政支持、帳單和合規活動、對美國亞裔社區協進會計劃提供的服務進行分析和評估，以及電子健康記錄系統的數據錄入和維護方面，美國亞裔社區協進會的計劃互為彼此的業務合作夥伴和合格服務組織。

**計劃審查和評估。**如果為美國亞裔社區協進會提供資金、監管美國亞裔社區協進會、第三方支付人或同業評審組織要求查閱美國亞裔社區協進會的記錄，美國亞裔社區協進會可披露您的受保護健康資訊。審計人員或評估人員必須以書面形式同意根據法院對美國亞裔社區協進會（非而您）的調查令或檢控令向美國亞裔社區協進會和/或向監督 Medicare 或 Medicaid (Medi-Cal) 審計或評估活動的政府機構再次披露可識別身份的資訊。此外，您的記錄可以帶出美國亞裔社區協進會的工作地點，但必須以書面形式承諾保護相關記錄、不以違反法律之方式再次披露記錄、在您的身份識別資訊不再需要用於其原定目的時銷毀此類資訊的所有副本，以及在完成審計或評估時向美國亞裔社區協進會歸還您個人健康資訊的所有原件。



**強制報告。**根據法律要求，美國亞裔社區協進會可在下列情況下披露您的受保護健康資訊：

1. 如果您威脅傷害他人，我們必須告知該人士和/或警方。
2. 如果您對自己的健康和 safety 造成嚴重威脅，我們可在必要時披露資訊。
3. 所有疑似虐待兒童的情況均須報告。
4. 所有疑似虐待老年人/成年被撫養者的情況均須報告。

**籌款。**美國亞裔社區協進會可要求您提供書面授權，允許將您的受保護健康資訊用於籌款目的。美國亞裔社區協進會只有在獲得您的書面授權之後才會使用您的個人健康資訊。但是，美國亞裔社區協進會可出於籌款目的使用不包含身份識別資訊的有限數據集和/或患者經歷，同時對患者保密。

未經您事先授權和/或未經隱私主管和/或其指定人士批准，凡本通告中未述及的要求披露受保護健康資訊之請求均不予批准。美國亞裔社區協進會只會披露所需要的最低限度的個人健康資訊。

**心理治療記錄。**除了心理治療記錄的建立者之外，任何其他人士出於治療目的要求使用和披露心理治療記錄的請求必須由隱私主管和/或其指定人士准。在大多數情況下，需要您和/或您的法定代表的授權。本條款的例外情況包括：

- 隱私主管和/或其指定人士已經批准在受到適當監管的治療人員內部培訓計劃中使用心理治療記錄；
- 在您起訴美國亞裔社區協進會和/或醫護服務提供者的法律行動中使用心理治療記錄制訂辯護策略。隱私主管和/或其指定人士將會同法律顧問確定是否需要使用和披露心理治療記錄，以協助進行辯護；和/或
- 法律要求披露資訊以協助開展醫療監督、確定或調查美國亞裔社區協進會是否遵守《健康保險流通與責任法》(HIPAA)的「隱私規則」或在少數情況下為執法機構提供協助的其他情況。

在本段所述的每種情況中，必須洽詢隱私主管和/或其指定人士。在徵詢法律顧問的建議之後，他們將確定是否需要披露心理治療記錄以及披露的範圍。在所有情況下，撰寫或使用心理治療記錄以協助您的治療僅限由美國亞裔社區協進會服務團隊的成員來完成。主診專家為了保護此類記錄而採取的措施須經隱私主管和/或其指定人士批准。

**藥物濫用披露。**如果您正在參加我們的任何藥物濫用治療計劃，則未經您事先同意和/或未經隱私主管和/或其指定人士批准，美國亞裔社區協進會不會披露您的任何受保護健康資訊。

根據《聯邦保密法》（《聯邦法規彙編》第 42 卷第 2 部）以及《健康保險流通與責任法》（簡稱 HIPAA，《聯邦法規彙編》第 45 卷第 160 部和第 164 部）這兩項聯邦法律，我們在使用和披露您的資訊時會承擔某些義務。

此類法律禁止我們的計劃向第三方披露您參加我們計劃的情況，或披露任何可能確認您參加酒精或藥物治療計劃的資訊，或披露任何受保護資訊，惟《聯邦法規彙編》第 42 卷第 2 部或《聯邦法規彙編》第 45 卷暨《1996 年健康保險流通與責任法》第 160 部和第 164 部之適用條款規定的情況除外。我們不會使用或披露任何個人健康資訊，除非您已簽署一份允許使用和披露此類資訊的授權書，或法院下達要求我們披露個人健康資訊的命令。

**您的權利**。您對自己的受保護健康資訊擁有某些權利。本通告的這一節說明您的權利以及如何行使權利：

**檢查和複印資訊的權利**。在少數情況下，我們可拒絕您檢查和複印個人健康資訊的要求：與心理疾病治療有關的某些資訊，或在民事、刑事或行政訴訟或程序中收集的資訊，或某些受《1988 年臨床實驗室改善修正案》約束的個人健康資訊。

如果想檢查和複印您的受保護健康資訊，您必須向隱私主管和/或其指定人士提交書面請求。如果您要求提供此類資訊的副本，我們可能會收取複印、郵寄費用以及與您的請求有關的任何其他費用。

在極少數情況下，我們可能會拒絕您檢查和複印資訊的要求。如果您的要求被拒絕，您可要求對該拒絕決定進行覆審。我們將指定一位持照醫護專家覆審我們拒絕您的要求的決定。執行覆審的人員不得是拒絕您要求的人員。我們將遵守該覆審的結果。但是，有些拒絕決定不能覆審，例如與心理治療記錄有關者。

**修訂權**。如果您認為我們持有的您的健康資訊不正確或不完整，您可以要求我們修訂此類資訊。您有權要求我們修訂我們持有的您的任何資訊。如果想修訂資訊，您必須向隱私主管和/或其指定人士提交書面請求，並且該請求必須使用一份書寫字跡清晰或列印的紙張提交。此外，您必須提供您請求修訂的理由。

如果未採取書面形式，或者未說明請求修訂的理由，我們可拒絕您的修訂請求。此外，如果您要求修訂下列資訊，我們可拒絕您的請求：

- 該資訊並非由我們建立；
- 該資訊不屬於由美國亞裔社區協進會保管的健康資訊；
- 該資訊並非您可以檢查和複印的資訊；和/或
- 該資訊準確和完整

我們對您健康資訊的任何修訂將向參與您治療的醫護專家，以及執行支付和醫療運營的其他人士披露，如本通告上文所述。

**索取披露記錄的權利。** 您有權要求我們提供記錄，說明我們披露的某些健康資訊。任何此類記錄不會包含我們披露的所有資訊。例如，此類記錄不包括在下列情況下披露的資訊：

- 為執行治療、支付和醫護運營而披露資訊，如本通告前文所述；
- 根據您的書面授權而披露資訊；
- 在您向我們授予允許之後，向參與您治療或支付治療費用的家庭成員、其他親屬或朋友披露資訊；和/或
- 在州和聯邦法律允許的情況下向執法官員披露資訊。

如果想索取披露記錄，您必須向隱私主管和/或其指定人士提交書面請求。您的請求必須說明披露的時間範圍，該時間範圍不得超過六(6)年，且不得包含 2003 年 4 月 14 日以前的日期。您在 12 個月期間索取的第一份記錄為免費提供。如果在該期間內再次索取記錄，我們可以向您收取費用。我們將告知您所涉費用，您可選擇在任何費用產生之前撤回或修改您的請求。我們將在收到您的請求之後 30 天內向您提供書面形式的披露記錄，或者如果我們無法在該期限內為您提供記錄，則會向您發出通知，並請求延期 30 天。

**要求設立限制的權利。** 您有權要求限制我們在進行治療、支付或醫療運營過程中使用或披露的健康資訊。您還有權要求限制我們向參與您的治療或支付治療費用的人士披露的健康資訊，例如向家庭成員或朋友披露的資訊。例如，您可以要求我們不向某些醫生或其他醫護專家披露您的資訊，或要求我們不向您的配偶披露與您所接受的某些治療有關的資訊。

然而，如果我們無法執行您的要求，或者我們認為會妨礙我們為您提供的治療，則我們可以不同意您設立限制的要求。但是，如果我們同意您的要求，我們將執行您的要求，除非需要披露有關資訊以提供緊急治療。如果想設立限制，您必須向隱私主管和/或其指定人士提交書面請求。您必須在請求中向我們說明您想限制哪些資訊，以及該限制適用於哪些人。

**要求採取保密溝通的權利。** 您有權要求我們以特定方式與您溝通健康問題。例如，您可以要求我們只在工作時間與您聯絡，或寄送郵件到指定地址。

如果要求我們以特定方式與您溝通，您必須向隱私主管和/或其指定人士提交書面請求。我們不會詢問您提出該要求的理由。您的請求必須說明您希望我們用什麼方式或在什麼地方與您聯絡。如果美國亞裔社區協進會能夠做到，則我們將執行您要求採取保密溝通的請求。

**索取本通告書面副本的權利。** 您有權隨時要求我們提供本通告的書面副本。如果想索取副本，請向隱私主管和/或其指定人士提出要求。您也可以從我們的網站下載本通告的副本：

[www.aaci.org](http://www.aaci.org)。



**受保護健康資訊的其他使用和披露條款。**凡本通告或適用法律未述及的其他使用和披露受保護健康資訊的情況必須獲得您的書面授權。如果您為我們提供書面授權，允許使用或披露您的受保護健康資訊，您可以隨時以書面形式撤銷授權。如果您撤銷授權，我們不會再出於您的書面授權中所述的理由而使用或披露您的受保護健康資訊。您理解，我們無法收回以往根據您的授權而使用和披露的資訊，並且我們需要就我們為您提供的醫護服務保留記錄。

**本通告的修改。**美國亞裔社區協進會保留權利修改本通告，並且使修改後的通告適用於我們保存的與您有關的所有資訊，無論是我們以前收到的與您有關的資訊，還是將來收到的與您有關的資訊。我們的通告將在第一頁正上方中部說明生效日期。我們還可應要求為您提供最新通告的副本。如有分歧，請參閱本通告的英文版。

**提交申訴。**如果您認為自己的受保護健康資訊被以不正當的方式披露，或者想提交申訴，請說明所發生的情況，以及日期和所涉人員的姓名。另請說明如何與您聯絡，以便我們答覆您的申訴。您不會因提交申訴而受到報復。您可以向隱私主管提交申訴，或者與其聯絡，以解決您的問題。

## 治療條款

---

美國亞裔社區協進會(AACI)是一個綜合性「健康之家」("Health Home")，旨在為您提供最好的醫護服務。為了確保向您提供優質服務，更好地滿足您的需求，我們必須請您閱讀和同意下列治療條款。如果您對本文件有任何問題或關切的事情，請告知美國亞裔社區協進會的服務團隊，謝謝。

**治療同意書：**我同意接受在美國亞裔社區協進會的任何工作地點和計劃看診期間可能執行的手術。您在本文件最後一頁的簽名表示您同意在美國亞裔社區協進會自願接受醫學治療、行為健康治療以及其他機構服務。如果您是受益人的法定代表人，則您的簽名表示同意治療。

- 您同意接受服務還表示，該醫護服務提供者/美國亞裔社區服務中心有責任向您告知其治療建議、風險、費用、好處以及建議治療方案的替代方案，以便您在瞭解情況之後決定是否接受相關服務以及瞭解此類服務與您的健康的相關性。除了有權隨時停止接受服務之外，您還有權拒絕使用任何建議、介入或治療程序。
- 美國亞裔社區協進會可要求您簽署其他同意書，此類同意書將更為詳細地說明您可能獲得的服務的種類。這些服務包括但不限於：醫學和/或行為健康評估和鑑定；健康護理、心理治療；案例管理；復健服務；藥物服務；轉診到其他專家；以及代表您與其他專家聯絡。

**教育用途同意書：**美國亞裔社區協進會是一家參與醫師、心理學家、社區、學生、實習生及其他醫護服務提供者的培訓的教育機構，並且他們可在美國亞裔社區協進會工作人員認為合適的時候參與會員的治療。

**使用照片的同意書：**我同意為我的醫療或手術狀況或治療過程拍攝照片、錄影、數位圖像或其他圖像以及使用此類圖像，用於我的診斷或治療目的，或用於美國亞裔社區協進會的運營用途，包括同業評審、電子醫療記錄以及教育或培訓計劃。

**資訊交流：**下方署名人士理解，美國亞裔社區協進會必須與參與您的治療的其他內部和外部醫護服務提供者分享某些資訊。在某些情況下，法律要求美國亞裔社區協進會報告和披露某些資訊。此類情況以及您的保密權和限制詳見我們的「隱私政策通告」以及「受益人投訴和申訴解決程序」。 保密條款是一套用於保護您的健康和個人記錄的規則，只允許有需要的人士查閱此類記錄。與您健康有關的所有資訊將予保密，未經您同意，不會與美國亞裔社區協進會外部的其他人士分享。

- 在某些情況下，必須違背本保密條款，並且必須與相關人士分享資訊。此類情況如下：
  1. 如果您威脅傷害他人，我們必須告知該人士和/或警方。
  2. 如果您對自己的健康和安全造成嚴重威脅，我們可在必要時披露資訊。
  3. 所有疑似虐待兒童的情況均須報告。
  4. 所有疑似虐待老年人/成年被撫養者的情況均須報告。
  5. 如果法院要求我們披露您的記錄，則我們必須披露。
  6. 用於健康保險目的。

**財務協議：**無論是以患者本人或患者代表人身份簽名，下方署名人士同意按照美國亞裔社區協進會的費率和條款支付美國亞裔社區協進會未經公共或私營保險機構承保的服務的所有費用。若帳單已交由律師或收帳機構處理，則下方署名人士同意支付實際的收費，包括律師費和按法定利率收取的利息。

**福利轉付：**無論是以患者本人或患者代表人身份簽名，下方署名人士授權直接向美國亞裔社區協進會支付美國亞裔社區協進會任何服務的費用，或原本應向患者支付或代表患者支付的任何公共或私營計劃的福利。此類福利包括 Medicare、Medi-Cal 或其他政府健保計劃的福利。下方署名人士授權披露必要的醫療資訊，以便確定相關資格、付款者以及提交和處理支付請求。

**授權代表：**下方署名人士特此授權美國亞裔社區服務中心代表患者就與 Medicare、Medi-Cal 或涉及美國亞裔社區服務中心提供之服務的其他政府計劃福利相關的資格和福利處理相關申請和上訴事宜，美國亞裔社區協進會可選擇代表患者處理此類事宜，但並無此種義務。

**預立醫療指示：**下方署名人士已收到書面材料，說明其有權接受和拒絕醫學治療。下方署名人士理解，這並非要求患者必須預立醫療指示方可在美國亞裔社區協進會接受醫學/行為治療服務。我特此確認收到關於預立醫療指示的資訊。

**收文回執：**我請求代表我就美國亞裔社區協進會向我提供的服務或我在美國亞裔社區協進會接受的服務支付 Medicare 的授權福利。此外，我特此確認收到隱私政策通告以及關於受益人投訴和申請程序的資訊。

This page has been left intentionally blank.

下方署名人士保證其已閱讀和理解本表格，並已收到本表格的副本，且接受及同意遵守其條款。

患者/會員 英文姓名：\_\_\_\_\_ 生日：\_\_\_\_\_

關係：患者/會員      父母      監護人      代理人

簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

父母/監護人/代理人 姓名：\_\_\_\_\_

For Staff Use Only:

MRN# \_\_\_\_\_ Unicare ID# \_\_\_\_\_

- Patient refused to acknowledge receipt of the Notice of Privacy Practices despite the following attempts:
  
- Client was not able to give informed consent and/or acknowledgment this time; there is no known LPS Conservator or, if client is a minor, there is no known parent or legal guardian who can be located. (Describe efforts made to obtain consent and/or acknowledgment and the reasons why they could not be obtained):
  
- Other reasons:

Witness/Authorized Staff Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_