

Zaštićena zdravstvena informacija (ZZI) jest informacija o vašem zdravlju. Entitetski i državni zakoni štite privatnost vaše ZZI. Potpisivanjem ovog dokumenta dajete nam svoju **suglasnost**. Mi ćemo objaviti samo onu ZZI za koju kažete da je možemo podijeliti. I to ćemo dati samo ljudima ili agencijama koje navedete.

**1. Ko je član Medicaida?**

Ime	Prezime	Inicijal srednjeg imena
ID broj člana	Datum rođenja (MM/DD/GGGG)	Broj telefona
Ulica i kućni broj		
Grad, zemlja, poštanski broj		

**2. Kome se može dati ZZI?**

Osoba ili naziv firme	Broj telefona
Ulica i kućni broj	
Grad, zemlja, poštanski broj	
Osoba ili naziv firme	Broj telefona
Ulica i kućni broj	
Grad, zemlja, poštanski broj	

**3. Koju ZZI možemo podijeliti?**

Mi ćemo da podijelimo **samo** onu ZZI za koju ste **saglasni**. Recite nam vrstu ZZI tako da označite polje.

- Bilo koja informacija koja se zatraži     Zdravstvena (medicinska, stomatološka, farmakološka, očna)  
 Dugotrajna njega     Upravljanje zapisima o pacijentu

**Osjetljive informacije: (ova informacija može uključivati dijagnozu i/ili informaciju o liječenju)**

- Poremećaj ponašanja uzrokovan upotrebom supstanci (alkohol/droga)     HIV/SIDA  
 Polno prenosive bolesti     Bihevioralno zdravlje/Mentalno zdravlje (ali NE i napomene o psihoterapiji).  
 Ostalo (molimo objasniti) \_\_\_\_\_

**4. Zašto dajete ovu ZZI?**

Razlog/Svrha:

**5. Ovaj obrazac vrijedi 1 godinu osim ako niže ne navedete kraće vrijeme.**

Moja saglasnost vrijedi od:

\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_  
MM/DD/GGGG MM/DD/GGGG

**Svojim potpisom niže potvrđujem da razumijem i slažem se:**

- Mogu da povučem svoju **saglasnost** pismenim putem na adresu iz ovog obrasca.
- Ako povučete svoju **saglasnost** to neće značiti i povlačenje ZZI koju smo već podijelili. Ali nećemo više dijeliti nijednu od vaših ZZI-a.
- Moja prilika da se prijavim za osiguranje neće se promijeniti ako ne potpišem ovaj obrazac.
- Ko god da dobije moju ZZI, može je podijeliti drugima. To znači da zakoni možda ne će moći da zaštite moju ZZI.
- ZZI za koje sam **saglasan** da se dijele mogu uključivati:
  - Zdravstveno stanje i informacije o liječenju
  - Hronične bolesti
  - Biheviorna/Mentalna zdravstvena stanja
  - Dijagnozu poremećaja ponašanja uzrokovanog upotrebom supstanci ili liječenje (alkohol/droga)
  - Prenosive bolesti, polno prenosive bolesti (HIV/SIDA) i informacije o genetskim markerima.
- Mogu dobiti kopiju ove **saglasnosti** na adresu navedenu u ovom obrascu.
- Aetna neće dijeliti moju ZZI s osobama/firmom navedenim u ovom obrascu, niti s bilo kim drugim, osm ako nisam potpisao/la ovaj obrazac.

**PAŽNJA:**

Moram potpisati ovaj obrazac ako je primjenjiva bilo koja od niže navedenih opcija.

- Imam 18 ili više godina.
- Imam manje od 18 godina i oženjen/udata sam ili emancipiran/a.
- Moja država mi dozvoljava da se liječim, čak i ako se moji roditelji ili zakonski staratelj ne slažu.
- Moja dijeljena ZZI može uključivati jedno ili više niže navedenih stanja:
  - Biheviorna/Mentalna zdravstvena stanja
  - Dijagnozu poremećaja ponašanja uzrokovanog upotrebom supstanci ili liječenje (alkohol/droga)
  - Prenosive bolesti, polno prenosive bolesti (HIV/SIDA)
  - Reproktivno zdravlje (uključujući kontracepciju, prenatalnu skrb i abortus)

**6. Potpis člana ili opunomoćenog predstavnika.**

Potpis	Datum
Ime i prezime velikim štampanim slovima	
Ako ovaj obrazac popunjava zakonski zastupnik, opišite odnos: (roditelj, zakonski staratelj, opunomoćenik, lični predstavnik)	

„Aetna” takođe uključuje Aetnaine podružnice, filijale, zaposlenike, agente i podizvođače.

**Opunomoćeni predstavnik** znači da imate pravni dokaz da možete zastupati ovu osobu.

Predstavnik se potpisuje umjesto osobe koja se ne može zakonski samostalno potpisati. Ako član/ica ima manje od 18 godina, roditelj ili zakonski staratelj treba potpisati obrazac. Ako ste predstavnik, potpisnik ovog obrasca, tada morate poslati pravni dokaz da možete zastupati ovu osobu.

Imate li pitanja? Mi možemo pomoći. Nazovite Aetna Better Health of California na broj 1-855-772-9076.

**Molimo potpišite i vratite popunjen obrazac na: Aetna HIPAA Member Rights Team  
PO Box 14079  
Lexington, KY 40512-4079**

**Ili možete poslati na broj faxes: 859-280-1272**



## AETNA BETTER HEALTH® OF CALIFORNIA

### Napomena o nediskriminaciji

Diskriminacija je protivzakonita. Aetna Better Health of California pridržava se Federalnog zakona o građanskim pravima.

Aetna Better Health of California ne diskriminira, ne isključuje ljude, niti ih tretira drugačije zbog rase, boje kože, nacionalnog porijekla, godina starosti, invalidnosti ili pola.

Aetna Better Health of California pruža:

- Besplatnu pomoć i usluge osobama s invaliditetom kako bi im pomogli da bolje komuniciraju, kao što su:
  - Kvalifikovani tumači znakovnog jezika
  - Pisane informacije u ostalim formatima (veliki štampani formati, audio, pristupačni elektronski formati, ostali formati)
- Besplatne usluge jezika za lude čiji maternji jezik nije engleski, kao što su:
  - Kvalifikovani tumači
  - Informacije pisane na drugim jezicima

Ako trebate ovakve usluge, kontaktirajte Aetna Better Health of California 24 sata dnevno, 7 dana sedmično pozivom na broj telefona **1-855-772-9076**. Ili, ako ne čujete ili ne možete govoriti, molimo nazovite **TTY 711**.

### **Kako podnijeti žalbu**

Ako vjerujete da Aetna Better Health of California nije uspjela da pruži navedene usluge ili da diskriminira na osnovi rase, boje kože, nacionalnog porijekla, starosne dobi, invaliditeta ili pola, možete podnijeti žalbu protiv Aetna Better Health of California. Žalbu možete podnijeti telefonskim putem, pisanim putem, lično ili putem maila:

**Putem telefona:** Kontaktirajte Aetna Better Health of California 24 sata dnevno, 7 dana sedmično pozivom na broj telefona **1-855-772-9076**. Ili, ako ne čujete ili ne možete govoriti, molimo nazovite **TTY 711**.

**Pisanim putem:** Popunite obrazac za pritužbu ili napišite pismo i pošaljite na adresu:  
Aetna Better Health of California  
10260 Meanley Drive  
San Diego, CA 92131

**Lično:** Posjetite svog ljekara ili Aetna Better Health of California i recite da želite podnijeti žalbu.

**Putem maila:** Posjetite Aetna Better Health of California web-stranicu na **aetnabetterhealth.com/california**

### **Ured za građanska prava**

Takođe možete podnijeti žalbu za građanska prava u američkom Ministarstvu zdravstva i socijalne politike, Uredu za građanska prava, pisanim putem ili putem maila:

**Putem telefona:** Nazovite **1-800-368-1019**. Ako ne možete govoriti ili ne čujete dobro, molimo nazovite **TTY/TDD 1-800-537-7697**.

**Pisanim putem:** Popunite obrazac za žalbu ili pošaljite pismo na adresu:  
**U.S. Department of Health and Human Services**  
**200 Independence Avenue, SW**  
**Room 509F, HHH Building**  
**Washington, D.C. 20201**

Obrasci za žalbu dostupni su na web-stranici **<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**.

**Putem maila:** osjetite Portal Žalbenog Ureda za građanska prava na web-stranici **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**.

## Usluge višejezičnih tumača

**ENGLISH: ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call the number on the back of your ID card or **1-800-385-4104 (TTY: 711)**.

**SPANISH: ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación o al **1-800-385-4104 (TTY: 711)**.

**CHINESE:** 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電您的 ID 卡背面的電話號碼或 **1-800-385-4104 (TTY: 711)**。

**VIETNAMESE:** CHÚ Ý: nếu bạn nói tiếng việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Hãy gọi số có ở mặt sau thẻ id của bạn hoặc **1-800-385-4104 (TTY: 711)**.

**TAGALOG:** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng wikang Tagalog, mayroon kang magagamit na mga libreng serbisyo para sa tulong sa wika. Tumawag sa numero na nasa likod ng iyong ID card o sa **1-800-385-4104 (TTY: 711)**.

**KOREAN:** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하의 ID 카드 뒷면에 있는 번호로나 **1-800-385-4104 (TTY: 711)** 번으로 연락해 주십시오.

**ARMENIAN:** Ուշադրություն: Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցություն ծառայություններ: Ձանգահարե՛ք ձեր ID քարտի հետևի մասում գտնվող հեռախոսահամարով կամ **1-800-385-4104 (TTY (հեռախոս)՝ 711):**

**PERSIAN:** اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، به صورت رایگان می توانید به خدمات کمک زبانی دسترسی داشته باشید. با شماره درج شده در پشت کارت شناسایی یا با شماره **1-800-385-4104 (TTY: 711)** تماس بگیرید.

**RUSSIAN: ВНИМАНИЕ:** если вы говорите на русском языке, вам могут предоставить бесплатные услуги перевода. Позвоните по номеру, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карточки, или по номеру **1-800-385-4104 (TTY: 711)**.

**JAPANESE:** 注意事項:日本語をお話になる方は、無料で言語サポートのサービスをご利用いただけます。IDカード裏面の電話番号、または**1-800-385-4104 (TTY: 711)**までご連絡ください。

**ARABIC:** ملحوظة: إذا كنت تتحدث باللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل على الرقم الموجود خلف بطاقتك الشخصية أو على **1-800-385-4104 (للصم والبكم: 711)**

**PANJABI:** ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਆਪਣੇ ID ਕਾਰਡ ਦੇ ਪਿੱਛੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ ਜਾਂ **1-800-385-4104 (TTY: 711)** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**MON KHMER:** ប្រយ័ត្ន: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតលុយគឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរទូរស័ព្ទទៅលេខនៅខាងក្រោយនៃអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ (ID Card) របស់អ្នក ឬ **1-800-385-4104 (TTY: 711)** ។

**HMONG:** LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau tus nab npawb xov tooj nyob rau sab qab ntawm koj daim ID lossis **1-800-385-4104 (TTY: 711)**.

**HINDI:** ध्यान दें: यदि आप हिंदी भाषा बोलते हैं तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएं नि:शुल्क उपलब्ध हैं। अपने आईडी कार्ड के पृष्ठ भाग में दिए गए नम्बर अथवा **1-800-385-4104 (TTY: 711)** पर कॉल करें।

**THAI:** ข้อควรระวัง: ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทรติดต่อหมายเลขที่อยู่ด้านหลังบัตร ID ของคุณ หรือหมายเลข **1-800-385-4104 (TTY: 711)**