



ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေး သတင်းအချက်အလက် (PHI) ကို ပြင်ဆင်ရန်/ပြင်ပြောင်းရန် တောင်းဆိုချက်

RiverValley Consulting Services, Inc. နှင့် ၎င်း၏ Affiliates ၏ ဝန်ဆောင်မှုများကို အသုံးပြုသော အသုံးပြုသူအနေဖြင့် သင့်ကို ဆက်လက်ကုသခြင်း သို့မဟုတ် ပေးချေမှု ဆုံးဖြတ်ရန် အသုံးပြုသော ကုသမှုမှတ်တမ်းနှင့် ငွေတောင်းခံ မှတ်တမ်းများတွင် သိမ်းဆည်းထားသည့် မတိကျ/မပြည့်စုံသော ကျန်းမာရေး သတင်းအချက်အလက်များကို ပြင်ဆင်ရန် တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ တောင်းဆိုလိုပါက စာရွက်အပေါ်မျက်နှာကို ဖြည့်ပြီး HIPAA လျှို့ဝှက်ရေးဌာန (HIPAA Privacy Office), RiverValley & Affiliates, P.O. Box 1637, Owensboro, KY 42302 သို့ တင်ပြပေးပါ။

တောင်းဆိုချက်ရရှိပြီး (၆၀) ရက်အတွင်း အဖြေထုတ်ပေးပါမည်။ လိုအပ်ပါက (၃၀) ရက် ထပ်တိုး၍ စောင့်ဆိုင်းရနိုင်ပြီး အကြောင်းပြချက်အား သင့်အား အသိပေးပါမည်။

ကျေးဇူးပြု၍ အောက်ပါ အချက်အလက်များကို ဖြည့်ပါ။

အသုံးပြုသူအမည် (Consumer name):

မွေးသက္ကရာဇ် (Date of Birth):

မိဘ/တရားဝင် အပြုအမူဆိုင်ရာ ပြုစုသူ

(Parent or Legal Guardian):

ဆက်ဆံရေး/အဆင့်အတန်း

(Relationship/Status):

လိပ်စာ (Address): _____

ဖုန်းနံပါတ် (Phone number): _____

ပြင်ဆင်လိုသော မှတ်တမ်းအမျိုးအစား၊ ရက်စွဲနှင့် ဌာန/တည်နေရာ (သိလျှင်) ကို ဖော်ပြပါ:

-

-

-

-

ဤ မှတ်တမ်းသည် မတိကျ/မပြည့်စုံ ဖြစ်နေသည့် နေရာများကို ရှင်းလင်းဖော်ပြပါ:

-

-

-

ပိုမို တိကျပြည့်စုံစေရန် အကြောင်းအရာကို မည်သို့ ပြင်ဆင်သင့်သည်ကို ဖော်ပြပါ (လိုအပ်ပါက လုပ်ထုံးလုပ်နည်း/စာရွက် အပို ထည့်ဆက်နိုင်ပါသည်):

-

-

-

ကျွန်ုပ်တို့က သင်တောင်းဆိုသကဲ့သို့ ပြောင်းလဲမှတ်တမ်းကို ပြုလုပ်ပါက ပြောင်းလဲမှုမဖြစ်မီ
အချက်အလက်ကို လက်ခံရရှိခဲ့သည့် ပုဂ္ဂိုလ်များ/အဖွဲ့အစည်းများထံ ပေးပို့ပေးပါမည်။ ထိုကဲ့သို့သော
ပုဂ္ဂိုလ်/အဖွဲ့အစည်းများ ရှိပါသလား။

☐ မရှိ။ ဤနေရာတွင် အကိန်းအဖျားထိုးပါ (Initial here): _____

☐ ရှိ။ အမည်နှင့် လိပ်စာများကို အောက်တွင် ဖော်ပြပါ:

-

-

-

-

ပြောင်းလဲမှုမတိုင်မီ ထိုအချက်အလက်အပေါ် အားထားခဲ့ပြီး (သို့) နောင်တွင် အားထားနိုင်သည့် ဤထက်ပိုသော ပုဂ္ဂိုလ်/အဖွဲ့အစည်းများထံ သင်၏အကျိုးကျရုံးမှု ဖြစ်နိုင်သည့်အတွက် ပြင်ဆင်ချက်ကို ပို့ပေးရန် သင် လက်ခံပါသလား။

☐ မလက်ခံမည်။ Initial: _____ ☐ လက်ခံသည်။ Initial: _____

လက်မှတ် (Signature) – အသုံးပြုသူ သို့မဟုတ် တရားဝင် ကိုယ်စားလှယ်:

အမည် (စာဖြင့်) (Print Name): _____

ရက်စွဲ (Date): _____

တရားဝင် ကိုယ်စားလှယ်၏ အဆင့်/ဆက်ဆံရေး: _____

***** ရုံးတွင်း အသုံးပြုရန်သာ *****

PHI ပြင်ဆင်မှု တောင်းဆိုချက်အပေါ်လုပ်ဆောင်ချက်/မှတ်ချက်များ:

တောင်းဆိုချက် ရရှိပြီး (၆၀) ရက်အတွင်း လုပ်ဆောင်ရမည်။

☐ တောင်းဆိုချက်ကို လက်ခံသည် (Request accepted)

☐ တောင်းဆိုချက်ကို လက်မခံပါ (Request denied) — အကြောင်းပြချက်များ:

☐ ဤအချက်အလက်ကို ယခု အဖွဲ့အစည်းက မဖန်တီးထားပါ။

☐ အချက်အလက်သည် မှန်ကန်ပြီးပြည့်စုံပါသည်။

☐ ဤအချက်အလက်သည် သင်၏ designated record set တွင် မပါဝင်ပါ။

☐ ဥပဒေပေါ်မူတည်၍ သင်သည် ဤအချက်အလက်အား ဝင်ရောက်/ပြင်ဆင် မရနိုင်ပါ။



□ RIVERVALLEY သည် (၃၀) ရက် သက်တမ်းတိုးတောင်းဆိုသည် — အကြောင်းပြချက်: _____

ဝန်ဆောင်မှုပေးသူ၏ မှတ်ချက်များ (Comments from healthcare provider):

-

-

ဖောင်ကို ဖြည့်သူအမည်:

ခေါင်းစဉ်/ပရိဂရမ်/တည်နေရာ:

ဝန်ဆောင်မှုပေးသော ကျန်းမာရေး ပံ့ပိုးသူ

ရက်စွဲ: _____

လက်မှတ်: _____

* တောင်းဆိုချက်ကို လက်မခံပါက သင်သည် လက်မခံထားခြင်းအပေါ် မညီမသာကြောင်းရေးသားပြီး
HIPAA Privacy Office (RiverValley & Affiliates, P.O. Box 1637, Owensboro, KY 42302) သို့
တင်ပြနိုင်သည်။ မညီမသာကြောင်း မပေးပို့ပါက မိမိ၏ မူလတောင်းဆိုချက်နှင့် လက်မခံခြင်းစာကို
နောင်ထုတ်ပြန်မှုများနှင့် လက်ခံဖို့ တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ ထို့ပြင် Office of Consumer Affairs
(270-689-6500) သို့ သို့မဟုတ် U.S. Department of Health & Human Services Secretary ဆီသို့
ပြုလုပ်နိုင်ပါသည်။