



Department of Health

ANDREW M. CUOMO
Governor

HOWARD A. ZUCKER, M.D., J.D.
Commissioner

SALLY DRESLIN, M.S., R.N.
Executive Deputy Commissioner

请以正楷填写您的姓名：_____ 出生日期：_____

分享 New York State Delivery System Reform Incentive Payment (DSRIP) 计划中 Medicaid 健康信息的退出表格

为了帮助您获得作为 DSRIP 一员更好的健康护理服务，New York State (NYS) Medicaid 计划将与您的当地 Performing Provider System (PPS) 分享关于您所获得的护理和治疗的信息。PPS 由曾为您提供护理的医生组成。此信息有助于您的医生和健康护理团队为您提供更好的护理。您的隐私对我们来说至关重要，您可控制如何使用您的个人信息。

作为 Medicaid 成员，即表示您允许 New York State Medicaid、您的提供者及您的健康计划获取信息，以帮助您更轻松地获得护理、支付健康护理费用及健康护理操作。本表格不会更改任何此类权限。到目前为止，NYS 仅与您的当地 DSRIP PPS 分享了您的联系信息。本表格允许您告知 Medicaid 其不能与您的当地 DSRIP PPS 分享您的健康信息，并防止 Medicaid 与 PPS 分享其持有的更多信息、数据和您的任何个人受保护健康信息。这被称为“退出”。这意味着，您可能无法获得 PPS 在您所在局域开发的旨在向 Medicaid 成员提供更好护理的任何服务。

您可以通过以下方式，取消 PPS 对您 Medicaid 健康信息的分享：

- 致电 Medicaid 帮助热线：1-855-329-8850
TTY 线：1-800-662-1220
- 填写本表格并寄回下列地址：
NYS Department of Health
PO BOX 11726
Albany, NY 12211

您可随时退出。退出之后，NYS Medicaid 将不会与您的当地 PPS 分享您的任何个人受保护健康信息。若您不希望与 PPS 分享您的部分受保护健康信息，则您必须退出。

然而，NYS Medicaid、您的健康护理提供者及您的健康计划将根据您在加入 NYS Medicaid 时的协议及 New York State 和联邦法律，继续共享您的个人受保护健康信息。

若您希望 Medicaid 不再与您的当地 PPS 分享您的健康信息，则您应在 30 天内将本请求提交至 Department of Health。您的请求将在 60 天内得到处理。如果您希望 Medicaid 与 PPS 分享您的数据，则无需做任何事。您也无需寄回此函。

我已阅读全部内容，并了解了我的权利。我了解，填写本表格即说明我向 **New York State Medicaid** 表示，不希望 Medicaid 与当地 Performing Provider System 分享我的个人受保护健康信息。

Medicaid 会员/家长/监护人签名

今日日期

您的 Medicaid 号码

完整的电话号码:

If you would like to view this letter in English, please visit the following website:

http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/redesign/dsrip/consumers.htm