



## Department of Health

**ANDREW M. CUOMO**  
Governor

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

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

請以正楷填寫您的姓名：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

### 分享 New York State Delivery System Reform Incentive Payment (DSRIP) 計劃中的 Medicaid 健康資訊 退出表

為幫助您獲得作為 DSRIP 一部分的更好的健康護理，New York State (NYS) Medicaid 計劃將與您的當地 Performing Provider System (PPS) 分享有關您已獲得的護理和治療的資訊。PPS 由已向您提供護理的醫生組成。擁有此資訊有助於您的醫生和健康護理團隊為您提供更好的護理。您的隱私對我們來說非常重要，您可控制如何使用您的個人資訊。

作為 Medicaid 成員，您已授權 New York State Medicaid、您的提供者和健康計劃獲取資訊，以幫助您更輕鬆地獲得護理、支付健康護理費用和健康護理操作。本表格不會更改任何此類權限。迄今為止，NYS 僅與您的當地 DSRIP PPS 分享了您的聯絡資訊。本表格允許您告知 Medicaid，不能與您的當地 DSRIP PPS 分享您的健康資訊，並防止 Medicaid 與 PPS 分享其持有的任何更多資訊、資料及您的任何個人受保護健康資訊。這稱為「退出」。這意味著，您可能不會收到 PPS 在您所在區域開發的旨在向 Medicaid 成員提供更好的護理的任何服務。

您可透過以下方式，拒絕 PPS 分享您的 Medicaid 健康資訊：

- 
- 致電 Medicaid 熱線：1-855-329-8850  
文字電話熱線：1-800-662-1220
- 完成本表格並寄回下列地址：  
NYS Department of Health  
PO BOX 11726  
Albany, NY 12211

您可在任何時候退出。當您退出時，NYS Medicaid 將不會與您的當地 PPS 分享您的任何個人受保護健康資訊。若您不希望與 PPS 分享您的部分受保護健康資訊，您必須退出。

然而，NYS Medicaid、您的健康護理提供者和健康計劃將根據您在加入 NY Medicaid 時之協定及 New York State 和聯邦法律的允許，繼續共享您的個人受保護健康資訊。

若您想退出，不希望 Medicaid 與您的當地 PPS 分享您的健康資訊，您應於 30 日內向 Department of Health 提交此請求。處理您的請求可能最多需要 60 天。若您希望 Medicaid 與 PPS 分享您的資料，您無需做任何事。您無需寄回此函。

我已閱讀全部內容，了解了我的權利。我了解到，透過填寫本表格，我將告訴 New York State Medicaid 計劃，我不希望 Medicaid 與當地 Performing Provider System 分享我的個人受保護健康資訊。

---

Medicaid 會員/家長/監護人簽名

今日日期:

---

您的 Medicaid 號碼:

完整的電話號碼：

**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](http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/redesign/dsrip/consumers.htm)