

هيئة أوكلاند-بيركلي-ألاميدا كاونتي كونتيوم اوف كير
إلغاء الكشف عن المعلومات

اسم العميل: _____

تاريخ الميلاد: _____

رقم CIN لبرنامج Medi-Cal (إذا كان معروفًا): _____

أرغب في إلغاء إذني بالكشف عن معلوماتي الشخصية.

توقيع العميل أو ممثله القانوني:

الشهر / اليوم / العام

إذا وقع الممثل القانوني للعميل على هذا المستند، يُرجى ذكر اسم الممثل وصلته بالعميل وصلاحيته التي تمكنه من فعل ذلك:

الاسم: _____

الصلة بالعميل: _____

الصلاحيّة: _____

(يُرجى إرسال هذا المستند إلى عضو فريق الرعاية)