

Непрерывный уход Окленд-Беркли-округ Аламеда  
**Отказ от предоставления информации**

Имя клиента: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Medi-Cal CIN (Если известно): \_\_\_\_\_

Я хочу отозвать свое разрешение на предоставление моей персональной информации.

Подпись клиента или законного представителя клиента:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Месяц

День

Год

Если подписано законным представителем клиента, пожалуйста, предоставьте имя представителя, отношение и правомочность так делать:

Имя: \_\_\_\_\_

Отношение: \_\_\_\_\_

Право: \_\_\_\_\_

(Пожалуйста отправьте члену вашей команды опеки)