

Oakland-Berkeley-Alameda County Continuum of Care
Thu Hồi Ủy Quyền Tiết Lộ Thông Tin

Tên Khách Hàng: _____

Ngày Sinh: _____

Mã số CIN Medi-Cal (Nếu biết): _____

Tôi muốn thu hồi ủy quyền tiết lộ thông tin cá nhân của mình.

Chữ Ký Của Khách Hàng Hoặc Người Đại Diện Hợp Pháp Của Khách Hàng:

_____/_____/_____

Tháng Ngày Năm

Nếu được ký bởi Người Đại Diện Hợp Pháp Của Khách Hàng, vui lòng cung cấp tên, mối quan hệ và thẩm quyền của người đại diện để thực hiện việc đó:

Tên: _____

Mối quan hệ: _____

Thẩm quyền: _____

(Vui lòng gửi cho thành viên Nhóm Chăm Sóc của quý vị)