



NYC | P.O. Box 800038,
Elmhurst, NY 11380
79-01 Broadway, Elmhurst, NY 11373
Tel: 718-334-5844
Long Island | Flowerfield Industrial Park, Building 7,
Suite 44, St. James, NY 11780
Tel: 631-638-4000
www.nycig.org

Albanian

Heqja Dorë nga Miratimi

Emri i Ofruesit të Kujdesit Shëndetësor (nga i cili po hiqni dorë nga miratimi): _____

Unë kam firmosur më herët një “Formular Miratimi për NY Care Information Gateway” duke autorizuar Ofruesin e Kujdesit Shëndetësor (“OKSH”) më sipër që të marrë informacionet e mia shëndetësore përmes NY Care Information Gateway.

E kuptoj se duke firmosur këtë formular, unë po REFUZOJ MIRATIMIN për OKSH-në e mësipërme, dhe të gjithë ofruesit të cilët shërbejnë për stafin mjekësor dhe anëtarët e stafit të OKSH-së të mësipërme, që të marrin informacionet e mia shëndetësore përmes NY Care Information Gateway për asnjë qëllim, *madje as në rast emergjence mjekësore*.

Duke tërhequr aprovimin tim, e kuptoj se:

- OKSH e mësipërme mund të ketë marrë informacionet e mia shëndetësore ndërkohë që aprovimi im i mëparshëm ishte ende në fuqi, dhe mund të ketë kopjuar ose përfshirë këto informacione në regjistrimet e tyre mjekësore. Megjithëse ju mund të keni vendosur të hiqni dorë nga miratimi juaj, OKSH-së të mësipërme nuk i kërkohet t'i kthejë këto informacione ose t'i heqë informacionet nga regjistrimet e tyre.
- Heqja Dorë nga Miratimi zbatohet për OKSH-në e përmendur më sipër dhe nuk ndikon miratimin(et) që mund të kem dhënë më parë pjesëmarrësit(ëve) të tjerë të NY Care Information Gateway.
- Mund të duhen disa ditë që të përpunohet ky Refuzim Miratimi.
- Nëse dua që të ndryshoj përsëri zgjedhjen time, mund ta bëj këtë duke firmosur dhe plotësuar një formular të ri të NY Care Information Gateway dhe duke ia kthyer OKSH-së të mësipërme.
- Asnjë Pjesëmarrës i NY Care Information Gateway nuk mund të më refuzojë trajtimin mjekësor duke u bazuar në këtë Refuzim Miratimi.

Emri i Plotë i Shtypur i Pacientit

Datëlindja e Pacientit

Adresa e Pacientit/ Qyteti/ Shteti/ Zip

Telefon/ Email

Nënshkrimi i pacientit ose i përfaqësuesit ligjor të pacientit

Data

Emri i Shtypur i Përfaqësuesit Ligjor të Pacientit (nëse është e zbatueshme)

Marrëdhënia e përfaqësuesit ligjor me pacientin (nëse është e zbatueshme)

UDHËZIMET E KTHIMIT: Ju lutem printojeni, plotësojeni & kthejeni këtë formular qoftë me:

FAKS: 646-998-8060 | **POSTË:** NY Care Information Gateway, PO Box 800038, Elmhurst, NY 11380