



Ban Dịch Vụ Sức Khỏe và Cao Niên Missouri
P.O. Box 570, Jefferson City, MO 65102-0570
Điện thoại: 573-751-6400 Số điện sao (fax): 573-751-6010

SỐ TIẾP VẬN MISSOURI cho Người Bị Khiếm
Khuyết về Thính Giác và Lời Nói
1-800-735-2966
TIẾNG NÓI: 1-800-735-2466

MẪU XÁC NHẬN CHÍNH SÁCH VỀ QUYỀN RIÊNG TƯ

1. TÊN KHÁCH HÀNG (VIẾT TÊN KHÁCH HÀNG, TÊN LỚT VÀ Họ BẰNG CHỮ IN)			
2. NGÀY SANH KHÁCH HÀNG (Tháng/ Ngày/ Năm)		3. SỐ AN SINH XÃ HỘI	4. SỐ DCN (NẾU ÁP DỤNG)
Tôi xác nhận có được một bản Thông Báo Chính Sách về Quyền Riêng Tư của Ban Dịch Vụ Sức Khỏe và Cao Niên Missouri và được cho biết nơi tôi có thể xin các bản duyệt lại về sau của Thông Báo này.			
VIẾT BẰNG CHỮ IN, TÊN, TÊN LỚT VÀ Họ CỦA KHÁCH HÀNG, CHA MẸ/NGƯỜI GIÁM Hộ/NGƯỜI ĐƯỢC ỦY QUYỀN CHĂM SÓC SỨC KHỎE (DPOA-HC)			
CHỮ KÝ CỦA KHÁCH HÀNG, CHA MẸ/NGƯỜI GIÁM Hộ/NGƯỜI ĐƯỢC ỦY QUYỀN CHĂM SÓC SỨC KHỎE			NGÀY
LƯU Ý: Nếu tài liệu này được người giám hộ hoặc người được ủy quyền chăm sóc sức khỏe (DPOA-HC) ký tên, hãy kèm theo một bản của Văn Thư Chỉ Định Người Giám Hộ hoặc bản sao của Tờ Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe.			
Xin đánh dấu vào ô sau đây để cho biết liên hệ giữa khách hàng và người ký tên tại hàng trên:			
<input type="checkbox"/> KHÁCH HÀNG			
<input type="checkbox"/> CHA, MẸ CỦA KHÁCH HÀNG			
<input type="checkbox"/> NGƯỜI GIÁM Hộ CỦA KHÁCH HÀNG			
<input type="checkbox"/> NGƯỜI ĐƯỢC ỦY QUYỀN CỦA KHÁCH HÀNG			
<input type="checkbox"/> KHÁCH HÀNG TỪ CHỐI KÝ TÊN VÀO MẪU			
Chỉ Dành Cho Nhân Viên Dùng (For Staff Use Only)			
Name of Bureau or Program			
Address		City	State Zip
Staff Signature (if present when Notice provided)			Date
Print Name			

MO 580-2883 (7-07) VT

www.dhss.mo.gov

CÔNG TY CỔ CƠ HỘI BÌNH ĐẲNG/HÀNH ĐỘNG XÁC QUYẾT : Dịch vụ được cung cấp trên căn bản không kỳ thị.