



فرم درخواست لغو مکاتبات محرمانه

برای توقف ارسال مکاتبات محرمانه به آدرس پستی جایگزین یا آدرس ایمیلی که قبلاً ارائه داده‌اید، این فرم را تکمیل کنید.

فرد تحت پوشش که درخواست توقف ارسال مکاتبات محرمانه را دارد:

نام: _____

شماره پرونده پزشکی: _____ تاریخ تولد: _____

آدرس جایگزین فعلی موجود در پرونده: _____

شهر: _____ ایالت: _____ زیپکد: _____

آدرس ایمیل جایگزین فعلی موجود در پرونده (در صورت مصداق): _____

شماره تلفن: _____

لطفاً همه مکاتبات آتی را به آدرس ارائه‌شده در زیر ارسال کنید:

آدرس: _____

شهر: _____ ایالت: _____ زیپکد: _____

آدرس ایمیل (در صورت مصداق): _____

شماره تلفن: _____

اگر سوالی درباره این درخواست داشته باشیم، مایلید که چگونه با شما تماس بگیریم؟

می‌دانم که این درخواست برای توقف ارسال مکاتبات محرمانه به آدرس جایگزین من است.

امضا: _____ تاریخ: _____

لطفاً درخواست تکمیل‌شده و امضا شده را به آدرس زیر برگردانید:

Kaiser Foundation Health Plan, Inc. PO Box 939001, San Diego, CA 92193-9001.