



## PEDIDO DE MEIOS ATERNATIVOS DE COMUNICAÇÕES CONFIDENCIAIS

Utilize este formulário se desejar receber correio eletrônico (*e-mail*) ou telefonemas do Neighborhood num endereço diferente, porque você têm preocupações com a sua segurança.

### INSTRUÇÕES

**Secção A:** Preencha o seu nome, endereço, número de telefone e número de identificação do Neighborhood.

**Secção B:** Se você é um Representante Pessoal de um membro, adicione o seu nome aqui e anexe o documento adequado (por exemplo, uma Procuração assinada).

**Secção C:** Preencha o endereço e/ou o número de telefone para onde deseja que o Neighborhood entre em contacto consigo.

**Secção D:** Você ou o seu Representante Pessoal DEVE assinar este documento.

Por favor,  
devolva este  
formulário  
para:

Neighborhood Health Plan of Rhode Island  
Attn: Compliance Department  
910 Douglas Pike  
Smithfield, RI 02917

O Plano de Saúde do Neighborhood de Rhode Island está em conformidade com as leis federais de direitos civis aplicáveis e não discrimina com base em raça, origem nacional, idade, deficiência ou sexo.

Spanish: ATENCIÓN: Si habla Español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-401-459-6019 (TTY 711).

Portuguese: ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, gratuitos. Ligue para 1-401-459-6019 (TTY 711).

Se precisar de ajuda com este formulário, por favor, ligue para os Serviços dos Membros do Neighborhood através do número de telefone 1-800-459-6019 (TTY 711).

## PEDIDO DE MEIOS ATERNATIVOS DE COMUNICAÇÕES CONFIDENCIAIS

### SECÇÃO A: INFORMAÇÃO DO MEMBRO

Por favor, preencha:

NOME		NÚMERO DE TELEFONE DIURNO	
ENDEREÇO			
CIDADE	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	IDENTIFICAÇÃO DO MEMBRO

**NOTA:** O Plano de Saúde do Neighborhood de Rhode Island pode enviar *e-mails* com as suas informações de saúde protegidas ou ligar-lhe o número de telefone ou endereço indicados nos nossos registos. Se acredita que isso o pode colocar em risco, tem o direito de solicitar que utilizemos outra forma de entrar em contacto consigo. Não faremos isto apenas por razões de conveniência.

### SECÇÃO B: REPRESENTANTE PESSOAL

Se você não é um membro, escreva o seu nome em letra de imprensa abaixo e assinale a caixa que descreve o seu relacionamento com o membro. **Por favor, anexe a prova do seu relacionamento com o membro (por exemplo, procuração, tutela, etc.).**

Nome do representante pessoal com  
letra de imprensa: \_\_\_\_\_

- Tutor Legal:** Anexar a documentação da tutela, que deve ter o carimbo e a assinatura do tribunal.
- Procuração:** Anexar procuração (deve incluir a autorização da divulgação de informações sobre cuidados de saúde).
- Executor:** Anexar a carta de nomeação do executor, que deve ter o carimbo e a assinatura do tribunal.

### SECÇÃO C: NOVAS INFORMAÇÕES DE CONTACTO

Por favor, indique o endereço, o número de telefone, etc. que você deseja que utilizemos:

---

---

---

---

### SECÇÃO D: ASSINATURA

Por favor, assinie e coloque a data:

Eu li a declaração acima e acredito que preciso que as minhas informações de saúde sejam enviadas para mim noutro endereço e/ou número de telefone, pois acredito que outros métodos podem colocar-me em risco.

MEMBRO/ASSINATURA DO REPRESENTANTE PESSOAL

DATA