

**PAGTATALAGA NG BENIPISYO NG SEGURO AT PAGPAPAHINTULOT NA IPAHAYAG ANG KAALAMANG
MEDIKAL**

Ako/Kami _____ M.R. ng Pasyente _____
Humahawak sa Patakaran _____ Kaugnayan sa Pasyente _____

Ay itinatagala sa County ng San Diego, o mga ahensiyang kinontrata ng County ng San Diego, and alinmang bayarin na sakop ng Benepisyong ng Seguro . (Tingnan ang policy ng seguro, tawagan o makipagkita sa iyong kinatawan ng seguro para sa tulong sa pagkompleto ng mga sumusunod na impormasyon.)

KOMPANYA NG SEGURO _____

ADRES NG KOMPANYA _____

NUMERO NG POLICY _____ SERTIPIKO/NUMERO NG PAGKAKASAPI _____

PETSA NG PAGKARON NG BISA _____ KODIGO NG PAGPAPALISTA _____

PETSA NG Pagsilang ng Pasyente _____

NUMERO NG SOSYAL SEKURITI NG PASYENTE _____

NUMERO NG SOSYAL SEKURITI NG HUMAHAWAK SA POLICY _____

LOKAL NA NUMERO NG UNYON _____

PAKIPIRMA SA MGA KAPWA LUGAR SA IBABA

PARA SA SEGURO NG GRUPO

Ang mga kompanya ng seguro ay dapat magkaroon ng sumusunod na impormasyon, karagdagan ng anomang impormasyon na magagamit sa taas ng papel na ito, bago gawin ang anumang hinihinging kabayaran ng seguro!

Pangalan ng Pinagtrabahuhan _____

Adres ng Pinagtrabahuhan _____

Numero ng Grupo ng Seguro _____ Sertipiko/Numero ng pagkakasapi _____

Aking naiintindihan at sang-ayon na Ako/Kami ay may pananagutan sa County ng San Diego o Nakakontratang Ahensiya para sa lahat na mga hindi nabayaran kasunduang ito o ang napagpasiyahang kabayaran sa pamamagitan ng Magkatulad na Paraan ng Pagpapasiya sa Kakayanang Kabayara-Uniform Method of Determining Ability to Pay (UMDAP).

Aking/Aming pinahintulutan ang pagpahayag ng impormasyon tungkol sa natatanggap sa County ng San Diego ng mga Serbisyo ng Kalusugang Pangkaisipan o ang Nakakontratang Ahensiya sa County ng San Diego, na hiniling sa pamamagitan ng Nagpaseguro na Ahensiya.

Sa pagpirma ng pormang ito, ikaw ay nagbibigay ng pahintulot para sa lahat ng mga programa ng kalusugan paguugali na pinagkalooob ng County ng San Diego, o nitong mga nangongontratang ahensiya, upang mapadalan ng kuwenta ang iyong kompaniya ng seguro para sa mga serbisyong ibinigay sa iyo. Ang kopya nitong pahayag ay ipapadala sa bawat programa sa loob ng County ng San Diego na kung saan ka tumanggap ng serbisyo

Petsa _____ Pirma ng Pasyente _____
Petsa _____ Pirma ng Humahawak ng Patakaran _____

County of San Diego
Health and Human Services Agency
Behavioral Health Services

ASSIGNMENT OF BENEFITS

Tagalog Rev 12-2024

Client: _____

MRN: _____

Program: _____