



Request for Confidential Communications

For Use and Disclosure of Protected Health Information (PHI)

Complete and mail this form to:

Privacy Officer
UNITE HERE HEALTH
P.O. Box 6020
Aurora, Illinois 60598-0020
(866) 711-4373

Participant Name _____

Participant SS# _____

Request for Confidential Communications

Patient Name _____ Patient SS# _____

Patient Date of Birth _____ Relationship to Participant _____
(month-day-year)

In completing this form, you are requesting changes or limitations relating to communications from UNITE HERE HEALTH. If your request is approved, we are bound by the terms of the agreement. If your request is denied, UNITE HERE HEALTH will provide a written explanation of the reasons for the denial, and information regarding how you may file a complaint. Until a decision is reached, your request will not be effective.

If this request is approved, this change will remain in effect until you notify us otherwise.

I request the following changes or limitations relating to communications directed to me by UNITE HERE HEALTH:

Send All Communications to:

First Name Last Name Telephone ()

Street Apt#

City State Zip

Reason for Request _____

Disclosure of my health information to any address other than that detailed above could cause me harm (check if applicable).

Signature of Patient (parent or guardian if the patient is a minor) or Personal Representative _____ Date _____

Printed Name _____ Phone Number Where We May Contact You () _____

Relationship to Patient _____

For UNITE HERE HEALTH Use Only:

Accepted Denied

Privacy Officer Signature: _____ Date: _____

Dept. Manager Signature: _____ Date: _____



Solicitud de Comunicaciones Confidenciales

Para uso o divulgación de Información de Salud Protegida (PHI)

Completar y enviar por correo a:

Privacy Officer
UNITE HERE HEALTH
P.O. Box 6020
Aurora, Illinois 60598-0020
(866) 711-4373

Nombre del Participante _____

Nº de Seguro Social del Participante _____

Solicitud de Comunicaciones Confidenciales

Nombre del Paciente _____ Nº de SS del Paciente _____

Fecha de Nacimiento del Paciente _____ Relación del Paciente con el Participante _____
(mes-día-año)

Al completar este formulario, usted solicita cambios o limitaciones en relación con las comunicaciones de UNITE HERE HEALTH. Si aceptamos su solicitud, estamos obligados por los términos del acuerdo. Si su solicitud es denegada, UNITE HERE HEALTH le proporcionará una explicación por escrito de las razones de la denegación y además información sobre la forma de presentar un reclamo. Hasta que no se tome una decisión, su solicitud no será efectiva.

Si se aprueba la presente solicitud, esta modificación se mantendrá vigente hasta que se reciba otra notificación.

Solicito los siguientes cambios o limitaciones en relación con las comunicaciones que UNITE HERE HEALTH me dirija:

Enviar todas las Comunicaciones a:

Nombre	Apellido	() Teléfono
Calle	Apt. #	
Ciudad	Estado	Código Postal

Razones por las que presenta esta Solicitud _____

Divulgar información sobre mi salud enviándola a cualquier otra dirección fuera de las indicadas más arriba podría perjudicarme (marque si corresponde).

Firma del paciente (los padres o tutor si el paciente es un menor) o persona que lo represente _____ Fecha _____

Nombre en letras de molde _____ ()
Número de teléfono donde lo podemos contactar _____

Relación con el Paciente _____

Para uso exclusivo de UNITE HERE HEALTH

Aceptada Rechazada

Firma del Funcionario de Privacidad: _____ Fecha: _____

Firma del Gerente de Dept.: _____ Fecha: _____