

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

Ako/Kami \_\_\_\_\_ M.R. ng Pasyente \_\_\_\_\_  
Humahawak sa Patakaran \_\_\_\_\_ Kaugnyayan sa Pasyente \_\_\_\_\_

Ay itinatalaga sa County ng San Diego, o mga ahensiyang kinontrata ng County ng San Diego, and alinmang bayarin na sakop ng Benepisyo 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 PAYSILANG NG PASYENTE \_\_\_\_\_  
NUMERO NG SOSYAL SEKYURITI NG PASYENTE \_\_\_\_\_  
NUMERO NG SOSYAL SEKYURITI 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 Pinagtrabahuan \_\_\_\_\_  
Adres ng Pinagtrabahuan \_\_\_\_\_

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 na 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 kalusugang pangkaisipan na pinagkaloob ng County ng San Diego, o nitong mga nangongontratang ahensiya, upang mapadalhan ng kuwenta ang iyong kompanya 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 \_\_\_\_\_ Signature/Pirma ng Pasyente \_\_\_\_\_  
Petsa \_\_\_\_\_ Signature/Pirma ng Humahawak ng Patakaran \_\_\_\_\_

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

Assignment of Benefits



HHSA: MHS-071 (12/2019) ADM071

**Client:** \_\_\_\_\_

**MR/Client ID#:** \_\_\_\_\_

**Program:** \_\_\_\_\_