

## Authorization to Use and Disclose Health Information

### NOTICE TO MEMBER:

- This form allows Trillium to share your health information.
- You do not have to sign this form. Your services and benefits with Trillium stay the same if you do not sign this form.
- Trillium cannot promise the person or group will not share your information.
- Keep a copy of completed forms. We will send you a copy at your request.
- The form is not valid if incomplete.
- You may mail, fax or email Trillium the form.
- If you want to cancel this form, contact us. We will help you. Call Trillium Member Services at 1-877-600-5472 (TTY: 711). Or visit our website at trilliumohp.com.

### Member information

Member name (print):

Member date of birth:

Member ID number:

### I WANT TRILLIUM TO SHARE MY HEALTH INFORMATION. THE PURPOSE IS:

- For Trillium to help me with my benefits and services, or  
 For Trillium to share my health information  
for \_\_\_\_\_.

### Person or group to receive information (add additional persons or groups on the last page)

Name (person or group):

Address:

City:

State:

ZIP:

Phone:

### I authorize Trillium to share my health information (choose one)

- All of my health information (INCLUDING genetic testing, HIV/AIDS; mental health, and drug/alcohol diagnosis, referral or treatment,) OR**
- All of my health information EXCEPT (make a mark):**
- Genetic testing.
  - HIV/AIDS.
  - Drug and alcohol data and records.
  - Behavioral health data and records (but not psychotherapy notes).
  - Other:

## Authorization end date

Authorization end date (Choose a date or event within 24 months. If this section is blank, the form is not valid.):

Signature (member or legal representative):

Date:

If you sign as the member's representative, please send us a complete copy of that document (such as Power of Attorney or Guardianship).

## Additional individual person(s) or entity(ies)

**NOTE:** If you want to share substance use records, name of the individual or provider.

Name (individual or entity):

Address:

City:

State:

ZIP:

Phone:

Name (individual or entity):

Address:

City:

State:

ZIP:

Phone:

Name (individual or entity):

Address:

City:

State:

ZIP:

Phone:

### Send completed form to:

Trillium  
PO Box 11740, Eugene, OR 97440 3940  
Fax: 1-844-426-5340  
Email: [PMylInfo@trilliumchp.com](mailto:PMylInfo@trilliumchp.com)

## English

You can get this communication in other languages, large print, Braille or a format you prefer. You can also ask for an interpreter. This help is free. Call [1-877-600-5472] or TTY 711. We accept relay calls.

-You can get help from a certified and qualified health care interpreter.

## Spanish

Puede obtener esta información en otros idiomas, en letra grande, braille o en un formato que usted prefiera. También puede recibir los servicios de un intérprete. Esta ayuda es gratuita. Llame al servicio de atención al cliente [1-877-600-5472] o TTY 711. Aceptamos todas las llamadas de retransmisión.

-Usted puede obtener ayuda de un intérprete certificado y calificado en atención de salud.

## Russian

Вы можете получить это документ на другом языке, напечатанное крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в предпочитаемом вами формате. Вы также можете запросить услуги переводчика. Эта помощь предоставляется бесплатно. Звоните по тел. [1-877-600-5472] или TTY 711 Мы принимаем звонки по линии трансляционной связи.

-Вы можете получить помощь от аккредитованного и квалифицированного медицинского переводчика.

## Vietnamese

Quý vị có thể nhận thông tin liên lạc này bằng các ngôn ngữ khác, theo định dạng chữ in lớn, chữ nổi Braille hoặc một định dạng khác theo ý muốn. Quý vị cũng có thể yêu cầu được thông dịch viên hỗ trợ. Sự trợ giúp này là miễn phí. Gọi [1-877-600-5472] hoặc TTY (Đường dây Dành cho Người Khiếm thính hoặc Khuyết tật về Phát âm) TTY 711 Chúng tôi chấp nhận các cuộc gọi chuyên tiếp.

-Quý vị có thể nhận được sự giúp đỡ từ một thông dịch viên có chứng nhận và đủ tiêu chuẩn chuyên về chăm sóc sức khỏe.

## Arabic

يمكنكم الحصول على هذه الرسالة بلغات أخرى، أو مطبوعة بخط كبير، أو مطبوعة على طريقة برايل أو حسب الصيغة أو المبرقة [1-877-600-5472] المفضلة لديكم. كما يمكنكم طلب مترجم شفهي. إن هذه المساعدة مجانية. اتصلو على . نستقبل المكالمات المحولة. 711 الكاتبة  
يمكنكم الحصول على المساعدة من مترجم معتمد ومؤهل في مجال الرعاية الصحية.-

## Somali

Waxaad heli kartaa wada xidhiidhka oo ku qoran luqaddo kale, far waaweyn, farta dadka indhaha aan qabin wax ku akhriyaan ee Braille ama qaabka aad doorbidayso. Waxaad sidoo kale codsan kartaa turjubaan. Taageeradani waa lacag la'aan. Wac [1-877-600-5472] ama TTY 711. Waa aqbalnaa wicitaanada gudbinta.  
-Waxaad caawimaad ka heli kartaa turjubaanka daryeelka caafimaadka oo xirfad leh isla markaana la aqoonsan yahay.

## Simplified Chinese

您可获取本文件的其他语言版、大字版、盲文版或您偏好的格式版本。您还可要求提供口译员服务。本帮助免费。致电[1-877-600-5472] 或TTY 711。我们会接听所有的转接来电。  
-您可以从经过认证且合格的医疗口语翻译人员那里获得帮助。

## Traditional Chinese

您可獲得本文件的其他語言版本、大字版、盲文版或您偏好的格式。您也可申請口譯員。以上協助均為免費。請致電[1-877-600-5472] 或聽障專線 711。我們接受所有傳譯電話。  
-您可透過經認證的合格醫療保健口譯員取得協助。

## Korean

다른 언어, 큰 활자, 점자 또는 선호하는 형식으로 의사소통을 할 수 있습니다. 통역사를 요청하실 수도 있습니다. 무료 지원해 드립니다. [1-877-600-5472] 또는 TTY 711에 전화하십시오. 저희는 중계 전화를 받습니다.  
-공인 및 자격을 갖춘 의료서비스 전문 통역사의 도움을 받으실 수 있습니다.

## Chuukese

En mi tongeni angei ei kakapas fengen non pwan ew fosun fenu, mese watte mak, Braille ika pwan ew format ke mwochen. En mi tongeni pwan tingor emon chon chiaku Ei aninis ese fokkun pwan kamo. Kokori [1-877-600-5472] ika TTY 711. Kich mi etywa ekkewe keken relay.  
-En mi tongeni kopwe angei aninis seni emon mi certified ika qualified ren chon chiaku ren health care.

Ukrainian

Ви можете отримати цей довідник іншими мовами, крупним шрифтом, шрифтом Брайля або у форматі, якому ви надаєте перевагу. Ви також можете попросити надати послуги перекладача. Ця допомога є безкоштовною. Дзвоніть по номеру телефону [1-877-600-5472] або телетайпу TTY 711. Ми приймаємо всі дзвінки, які на нас переводять.  
-Ви можете отримати допомогу від сертифікованого та кваліфікованого медичного перекладача.

Farsi

می‌توانید این نامه را به زبان‌های دیگر، درشت‌خط، بریل یا قالب ترجیحی دیگری دریافت کنید. می‌توانید مترجم شفاهی نیز درخواست کنید. این کمک رایگان است. با 1-877-600-5472 یا TTY 711 تماس بگیرید. تماس‌های رله را می‌پذیریم.  
-می‌توانید از یک مترجم شفاهی دارای گواهی و باکفایت در زمینه بهداشت و

Swahili

Unaweza kupata mawasiliano haya kwa lugha zingine, kwa herufi kubwa, kwa lugha ya maandishi kwa vipofu au namna yeyote unayopendelea. Unaweza pia kuomba mkalimani. Msaada huu ni wa bure. Piga 1-877-600-5472 au TTY 711. Tunakubali simu za kupitisha ujumbe.  
-Unaweza pata usaidizi kutoka kwa mkalimani wa huduma ya afya aliyeidhinishwa na aliyehitimu.

Burmese

ဤစာကို အချားဘာသာစကားမ်း၊ ပုံ့ဝိဟ္မာလုံးဟုကီး၊ မ်ကျမဠ်းအတြက ဘေးရးလှ သို့မဟုတ် သငိုမိုးဝိစ္ဆာညံ့ ပုံစံချဖင့် ရယူနိုင်ပါသည်။ သည့် စကားပြောစဉ်းလည့် ဝေတာငုံးဆိုနိုင်ပါသည်။ ဤအကူအညီသည် အခမဲ့ဖြစ်ပါသည်။ 1-877-600-5472 သို့မဟုတ် 711 ကို ဖုန်းဆက်ပါ။ ထည့်ဝေခငှဆိုမမ်းကို ကဖြးပိပိ လကံပါသည်။  
- သည့် သငှးဆင့်လကတုးဝင့် အရညှင်ငုံးပီသည့် ကံနုံးမာေးရး စောင့်ဝေပွာကွး စကားပြောစဉ်း အကူအညီရယူနိုင်ပါသည်။

Amharic

ይህንን ተግባር በሌሎች ቋንቋዎች፣ በትልቅ ህትመት፣ በብሬይል ወይም እርስ በሚመርጡት መልኩ ማግኘት ይችላሉ። በተጨማሪም አስተርጓሚ መጠየቅም ይችላሉ። ይህ ድጋፍ የሚሰጠው በነጻ ነው። ወደ 1-877-600-5472 ወይም TTY 711 ይደውሉ። የሪሌይ ፕሪዎችን እንቀበላለን።  
- ፍቃድ ካለው እና ብቃት ካለው የጤና እንክብካቤ አስተርጓሚ ድጋፍ ማግኘት ይችላሉ።

## Romanian

Puteți obține această comunicare în alte limbi, scrisă cu caractere mari, în Braille sau în formatul preferat. De asemenea, puteți solicita un interpret. Aceste servicii de asistență sunt gratuite. Sunați la 1-877-600-5472. sau TTY 711. Acceptăm apeluri adaptate persoanelor surdomute.

-Puteți obține ajutor din partea unui interpret autorizat și calificat pentru domeniul medical.