

Непрерывный уход Окленд-Беркли-округ Аламеда
Отказ от предоставления информации

Имя клиента: _____

Дата рождения: _____

Medi-Cal CIN (Если известно): _____

Я хочу отозвать свое разрешение на предоставление моей персональной информации.

Подпись клиента или законного представителя клиента:

_____/_____/_____

Месяц

День

Год

Если подписано законным представителем клиента, пожалуйста, предоставьте имя представителя, отношение и правомочность так делать:

Имя: _____

Отношение: _____

Право: _____

(Пожалуйста отправьте члену вашей команды опеки)