

隐私条例通告 接收确认书

客户姓名（正楷）

客户出生日期

本人已收到一份ACRS《隐私条例通告》，并被告知我有权就ACRS将如何使用和分享本人的保密信息提出疑问。

客户签字

日期

工作人员签字

日期

授权委托书/法定监护人

日期

此栏仅供 ACRS 填写

未能获取客户或个人代表签字时填写。

- 描述为获取客户提供的《隐私条例通告》(NPP) 接收确认书而做出的努力：

- 描述没有收到确认书的原因：

工作人员姓名与职务（正楷）

管理部门/部门

工作人员签字

日期

请签字后将本页寄回

请传真至206.695.7606，或邮寄至下列地址。

亚裔咨询与转荐服务

收件人HIPAA合规专员

3639 Martin Luther King Jr. Way S.

Seattle, WA 98144

修订日期：2013年9月23日