

## OGŁOSZENIE I ZGODA NA METODĘ KOMUNIKACJI

Advocate Aurora Health (AAH) wymaga, aby z każdym kontem usług medycznych był powiązany Poręczyciel. Poręczycielem może, ale nie musi być pacjent otrzymujący świadczenia. Jest to osoba odpowiedzialna finansowo za opłacenie wszelkich należności/zaległości z tytułu świadczonych usług.

AAH komunikuje się z będącą pod swoją opieką populacją pacjentów na wiele sposobów, wykorzystując informacje udostępnione przez Poręczyciela, w tym z telefonu stacjonarnego, telefonu komórkowego, wiadomości tekstowych, e-maili, faksów oraz poczty Stanów Zjednoczonych.

Poprzez podpisanie poniższego dokumentu Pan/Pani

1. Wyraża zgodę na otrzymywanie telefonów, wiadomości tekstowych oraz innych komunikatów, w tym połączeń automatycznych i wcześniej nagranych wiadomości, od AAH, jej spółek zależnych, agentów, niezależnych podwykonawców oraz agencji windykacyjnych. Niniejsze komunikaty mogą dotyczyć usług świadczonych przez AAH oraz Państwa zobowiązań finansowych związanych z tymi świadczeniami. Rozumiem, że niniejsza zgoda dotyczy wszystkich obecnych i przyszłych usług medycznych dla konta, dla których jestem Poręczycielem.
2. Proszę mieć świadomość, że przez firmę telekomunikacyjną mogą zostać naliczone opłaty za takie połączenia, wiadomości lub inne formy komunikatów.
3. Rozumiem, że moim obowiązkiem jest poinformowanie AAH, jeśli zdecyduję się wycofać tę zgodę. Mogę w każdej chwili wycofać niniejszą zgodę, kontaktując się z dowolną placówką AAH.

*Proszę zapoznać się z naszym Oświadczeniem o praktykach dotyczących prywatności, aby zrozumieć, w jaki sposób możemy ujawniać te informacje.*

Przeczytałem(-łam), w pełni rozumiem i zgadzam się z powyższym:

Data: \_\_\_\_\_ Godzina: \_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_  
(Date) (Time) (Signature)

Imię i nazwisko Poręczyciela (proszę podać je drukowanymi literami): \_\_\_\_\_  
Guarantor Name (please print))

Interpreter Assistance: If an interpreter assisted, please complete the following: Language: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Interpreter Name: \_\_\_\_\_ ID #: \_\_\_\_\_

