

نموذج ممثل معتمد

اسم العضو الأول:		الحرف الأول من الاسم الأوسط:		اسم العائلة:	
عنوان الشارع:		المدينة:		الولاية:	
البريد الإلكتروني:		رقم هاتف المنزل:		رقم الهاتف الخليوي:	
رقم بطاقة معرف العضوية:		تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة):			
<p>هذا النموذج من أجل:</p> <p><input type="checkbox"/> تعيين ممثل للتصرف بالنيابة عني (يستطيع أن يقوم بإجراء تغييرات)</p> <p><input type="checkbox"/> السماح لممثل بالوصول إلى معلوماتي (الوصول فقط، لا يمكن إجراء تغييرات)</p> <p><input type="checkbox"/> إلغاء التعيين الحالي للممثل</p>					
الاسم الأول للممثل الأول:		الحرف الأول من الاسم الأوسط:		اسم العائلة:	
عنوان الشارع:		المدينة:		الولاية:	
البريد الإلكتروني:		رقم هاتف المنزل:		رقم الهاتف الخليوي:	
العلاقة بالعضو:					
<p>هذا التعيين من أجل:</p> <p><input type="checkbox"/> من أجل جميع الأغراض المتعلقة بعضويتي في مزايا خطتي الصحية.</p> <p>فقط من أجل (ضع إشارة بجانب كلما ينطبق):</p> <p><input type="checkbox"/> طبي (مثال: إدارة الرعاية، التصاريح، النقل)</p> <p><input type="checkbox"/> اشتراك (مثال: الأهلية)</p> <p><input type="checkbox"/> قسط التأمين/مالي (مثال: الدفعات الشهرية، شرح الاستحقاقات)</p> <p><input type="checkbox"/> مطالبات (مثال: الفواتير)</p> <p><input type="checkbox"/> تظلم/طعن (مثل تقديم شكوى أو طعن)</p> <p><input type="checkbox"/> خدمات حساسة: (مثل فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، والحمل، والأمراض المنقولة جنسياً)</p>					

هذا التفويض فعال:

من ____/____/____ إلى ____/____/____

حتى لم أعد مشتركاً في الخطة.

*ملاحظة: بالنسبة لبرنامج Medicare Plus DSNP، يكون موعد التظلم/الاستئناف ساريًا لمدة عام واحد فقط من تاريخ التوقيع.

هذا النموذج من أجل:

- تعيين ممثل للتصرف بالنيابة عني (يستطيع أن يقوم بإجراء تغييرات)
- السماح لممثل بالوصول إلى معلوماتي (الوصول فقط، لا يمكن إجراء تغييرات)
- إلغاء التعيين الحالي للممثل

الاسم الأول للممثل الثاني:**الحرف الأول من الاسم الأوسط:****اسم العائلة:****عنوان الشارع:****المدينة:****الولاية:****الرمز البريدي:****البريد الإلكتروني:****رقم هاتف المنزل:****رقم الهاتف الخليوي:****العلاقة بالعضو:****هذا التعيين من أجل:**

لجميع الأعراض المتعلقة بعضويتي في مزايا خطتي الصحية.

فقط من أجل (ضع إشارة بجانب كلما ينطبق):

مثال (طبي: إدارة الرعاية، التصاريح، النقل)

الاشتراك (مثال: الأهلية)

قسط التأمين/مالي (مثال: الدفعات الشهرية، شرح الاستحقاقات)

مطالبات (مثال: الفواتير)

تظلم/طعن (مثال: تقديم شكوى أو طعن)

خدمات حساسة: (مثل فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، والحمل، والأمراض المنقولة جنسيًا)

هذا التفويض فعال:

من ____/____/____ إلى ____/____/____

حتى لم أعد مشتركاً في الخطة.

*ملاحظة: بالنسبة لبرنامج Medicare Plus DSNP، يكون موعد التظلم/الاستئناف ساريًا لمدة عام واحد فقط من تاريخ التوقيع.

وثائق تحديد الهوية المرفقة للعضو (يجب تقديم صورة من أحد ما يلي):

رخصة قيادة أمريكية سارية المفعول

بطاقة هوية لغير السائقين سارية المفعول صادرة عن إدارة المركبات الآلية (Department of Motor Vehicle, DMV)

شهادة ميلاد

جواز السفر/ بطاقة الهوية بطاقة هوية مصورة صادرة من الحكومة

أخرى

إذا لم يتم إرفاق وثيقة هوية، فيجب التصديق على التوقيع.

رجاءً ضع ختم هنا. لا تكون الوثيقة رسمية إلا إذا كانت مختومة من قبل كاتب عدل.

* لا يتم توفير خدمات كاتب العدل أو تغطيتها من قبل L.A. Care، وقد يتم تطبيق رسوم إضافية*

_____ / _____ / _____
التاريخ (يوم/شهر/سنة)

موثقة من قبل

إذا قام شخص آخر غير العضو بإكمال هذا النموذج، أكمل هذا القسم بمعلوماتك وقم بالتوقيع نيابة عن العضو في الصفحة الأخيرة.
أنت:

والد قاصر ولي الأمر الوصي مدير الشركة

منفذ الوصية أخرى

يجب إرفاق نسخة من الوثائق القانونية للتحقق من أنك الوالد أو الوصي أو ولي الأمر أو منفذ الوصية لمتوفى، أو لديك سلطة اتخاذ القرار الطبي للعضو.

اسم العضو الأول:		الحرف الأول من الاسم الأوسط:		اسم العائلة:	
عنوان الشارع:		المدينة:		الولاية:	
البريد الإلكتروني:		رقم هاتف المنزل:		رقم الهاتف الخليوي:	
العلاقة بالعضو:					

يسمح هذا التفويض للممثل المسمى بما يلي (كما هو محدد في هذا النموذج):

- مناقشة المعلومات الخاصة بك، ومزايا الرعاية الصحية، والرعاية والعلاج، والمطالبات مع L.A. Care نيابة عنك.
- تقديم طلبات أو تغييرات حول الخطة الصحية والأطباء والمجموعة الطبية نيابة عنك؛
- تقديم شكوى لدى L.A. Care نيابة عنك. بالنسبة إلى L.A. Care Medicare Plus DSNP، يقتصر هذا النموذج على سنة واحدة من تاريخ التوقيع عليه.
- الحصول على المعلومات الصحية الشخصية الخاصة بك (Personal Health Information, PHI) من L.A. Care. وقد يشمل ذلك المعلومات الصحية مثل تعاطي المخدرات والصحة العقلية والصحة السلوكية والاختبار الجيني وحالة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. وبمجرد الإفراج عنها، قد لا تكون المعلومات محمية بموجب قوانين الخصوصية، وقد يتم الكشف عنها من قبل الممثل دون إذن منك.

يجب على الأعضاء أن يكونوا قد:

- راجعوا وأكملوا النموذج قبل التوقيع.
- قدموا جميع المعلومات المطلوبة من قبل L.A. Care.
- يفهمون أن L.A. Care ودائرة الرعاية الصحية المدارة في كاليفورنيا ليست مسؤولة عن أعمال الممثل المفوض، أو ما يفعلونه مع المعلومات التي يتلقونها.
- يفهمون أن الإلغاء لن يؤثر على أي إجراء تم اتخاذه، أو أي معلومات تم إصدارها بالفعل، بناءً على هذا التفويض قبل معالجة طلب الإلغاء من قبل L.A. Care.

للأعضاء الحق في:

- تعيين أي شخص فوق سن 18 عاماً كممثل مفوض.
- تحديث أو إلغاء هذا التفويض في أي وقت مع تقديم طلب خطي إلى L.A. Care.
- طلب نسخة من هذا النموذج والمعلومات المستخدمة أو المشتركة من قبل هذا التفويض.

القيود:

- يتم الاعتراف بهذا التفويض لمدة سنة واحدة من تاريخ التوقيع ما لم يتم إلغاؤه كتابةً قبل ذلك.
- إذا تم إجراء تغييرات على النموذج، سيحتاج العضو إلى إعادة توثيق/إعادة تصديق النموذج.
- ينتهي هذا التفويض تلقائياً بعد 120 يوماً من انتهاء تسجيل العضو لدى L.A. Care.

أفهم أن علاجي أو الدفع أو التسجيل أو الأهلية للحصول على المزايا لا تتأثر بما إذا قمت بتوقيع هذا النموذج أم لا.

تاريخ اليوم	اسم العضو كتابةً	توقيع العضو
تاريخ اليوم	الممثل المفوض رقم 1	التوقيع
تاريخ اليوم	الممثل المفوض رقم 2	التوقيع

يرجى الرجوع من إلى:

L.A. Care Health Plan
CSC – Authorized Rep Form
1200 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

رقم الفاكس المجاني: 1.844.657.7272 - هذا رقم فاكس آمن. يمكنك إدراج ورقة غلاف مكتوب عليها "سري".
يرجى توخي الحذر عند إرسال المعلومات الصحية المحمية (PHI) بالفاكس.

لتنزيل نسخة من هذا النموذج يرجى زيارة lacare.org. للاستفسارات المتعلقة بهذا النموذج أو كيفية إرسال هذا النموذج، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على **1.800.839.9909** (TTY 711). نحن في الخدمة على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع. هذه المكالمات مجانية.

يمكنك الحصول على هذا النموذج مجاناً باللغة العربية أو الأرمنية أو الصينية أو الفارسية أو الخميرية أو الكورية أو الروسية أو الإسبانية أو التاغالوغية أو الفيتنامية أو التنسيقات الأخرى، مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو طريقة برايل للمكفوفين أو تسجيل صوتي. **1.833.522.3767** اتصل على الرقم. (وعلى مستخدمي TTY/TDD الاتصال على الرقم 711). نحن في الخدمة على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية.