



**ԼԻԱԶՈՐՎԱԾ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑՉԻ ԶԱԱԹՈՒՂԹ**

.....

Անդամի անուն՝	Միջին անվան սկզբնատառ՝	Ազգանուն՝	
Փողոցի հասցե՝	Քաղաք՝	Նահանգ՝	Փոստային կոդ՝
Էլ հասցե՝	Տնային հեռախոսահամար՝	Բջջային հեռախոսահամար՝	
Անդամի ինքնության (ID) համար՝		Ծննդյան ամսաթիվ (ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ)՝	

**Այս ձևաթուղթը նախատեսված է՝**

- Նշանակելու ներկայացուցիչ, ով կգործի իմ անունից (կարող է փոփոխություններ կատարել)
- Թույլատրելու ներկայացուցչին մուտք ունենալ իմ տեղեկատվությանը (կարող է միայն տեսնել, չի կարող փոփոխություններ կատարել)
- Չեղարկելու գոյություն ունեցող ներկայացուցչի նշանակումը

1-ին ներկայացուցչի անուն՝	Միջին անվան սկզբնատառ՝	Ազգանուն՝	
Փողոցի հասցե՝	Քաղաք՝	Նահանգ՝	Փոստային կոդ՝
Էլ հասցե՝	Տնային հեռախոսահամար՝	Բջջային հեռախոսահամար՝	
Հարաբերությունը անդամին՝			

**Այս նշանակումը նախատեսված է՝**

- Իմ առողջապահական ծրագրի նպաստի մասով անդամակցությանս հետ կապված բոլոր նպատակների համար:

**Միայն հետևյալի համար (նշեք բոլոր կիրառելի տարբերակները)՝**

- Բժշկական (օրինակ՝ խնամքի կառավարում, լիազորություններ, փոխադրում)
- Անդամագրում (օրինակ՝ իրավասություն)
- Ապահովագրի/Ֆինանսական (օրինակ՝ ամսական վճարներ, նպաստների բացատրություն)
- Հայցեր (օրինակ՝ հաշվի ներկայացում)
- Բողոք/Բողոքարկում (օրինակ՝ գանգատի կամ բողոքարկման ներկայացում)
- Զգայուն ծառայություններ (օրինակ՝ ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ, հղիություն, սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդություններ)

**Այս լիազորությունն ուժի մեջ է՝**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_-ից մինչև \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_-ը

Մինչև ես այլևս ծրագրի անդամ չեմ:

\*Նշում Medicare Plus DSNP-ի համար, Բողոքի/Բողոքարկման համար նշանակումն ուժի մեջ է միայն 1 տարի՝ ստորագրման պահից սկսած:

**Այս ձևաթուղթը նախատեսված է՝**

նշանակելու ներկայացուցիչ, ով կգործի իմ անունից (կարող է փոփոխություններ կատարել)

Թույլատրելու ներկայացուցչին մուտք ունենալ իմ տեղեկատվությանը (կարող է միայն տեսնել, չի կարող փոփոխություններ կատարել)

Չեղարկելու գոյություն ունեցող ներկայացուցչի նշանակումը

2-րդ ներկայացուցչի անուն՝

Միջին անվան սկզբնատառ՝

Ազգանուն՝

Փողոցի հասցե՝

Քաղաք՝

Նահանգ՝

Փոստային կոդ՝

Էլ հասցե՝

Տնային հեռախոսահամար՝

Բջջային հեռախոսահամար՝

**Հարաբերությունը անդամին՝**

**Այս նշանակումը նախատեսված է՝**

Իմ առողջապահական ծրագրի նպաստի մասով անդամակցությանս հետ կապված բոլոր նպատակների համար:

**Միայն հետևյալի համար (նշեք բոլոր կիրառելի տարբերակները)**

Բժշկական (օրինակ՝ խնամքի կառավարում, լիազորություններ, փոխադրում)

Անդամագրում (օրինակ՝ իրավասություն)

Ապահովագրի/Ֆինանսական (օրինակ՝ ամսական վճարներ, նպաստների բացատրություն)

Հայցեր (օրինակ՝ հաշվի ներկայացում)

Բողոք/Բողոքարկում (օրինակ՝ գանգատի կամ բողոքարկման ներկայացում)

Զգայուն ծառայություններ (օրինակ՝ ՄԻԱՎ/ԶԻԱՀ, հղիություն, սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդություններ)

**Այս լիազորությունն ուժի մեջ է՝**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_-ից մինչև \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_-ը

Մինչև ես այլևս ծրագրի անդամ չեմ:

\*Նշում Medicare Plus DSNP-ի համար, Բողոքի/Բողոքարկման համար նշանակումն ուժի մեջ է միայն 1 տարի՝ ստորագրման ամսաթվից:

**Անդամի նույնականացման փաստաթղթերը կցված են (հետևյալ փաստաթղթերից մեկի պատճենը)**

ԱՄՆ վավեր վարորդական իրավունք

Ավտոտրանսպորտի բաժնի (Department of Motor Vehicles, DMV) վավեր ճանաչողական քարտ  Ծննդյան վկայական

Անձնագիր/ճանաչողական (ID) քարտ  Պետության կողմից տրված՝ լուսանկարով ID քարտ

Այլ \_\_\_\_\_

**Եթե ոչ մի ճանաչողական փաստաթուղթ չի կցվում, ստորագրությունը պետք է նոտարի կողմից հաստատվի:**

Խնդրում ենք դրոշմակնիք դնել այստեղ: Պաշտոնական չի համարվում, եթե հանրային նոտարի կողմից կնքված չէ:  
\*Նոտարական ծառայություններ L.A. Care-ի կողմից չեն տրամադրվում կամ ֆինանսավորվում, կարող են կիրառվել վճարներ\*

Կնքվել է հետևյալի կողմից

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Ամսաթիվ (ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ)

Եթե անդամից բացի որևէ մեկը լրացնում է այս ձևաթուղթը, լրացրեք այս բաժինը ձեր տեղեկություններով և ստորագրեք անդամի անունից վերջին էջում: Դուք հանդիսանում եք՝

Անչափահասի ծնողը  Խնամակալը  Հոգաբարձուն  Ունեցվածքի կառավարիչը

Կտակակատար  Այլ \_\_\_\_\_

Անհրաժեշտ է կցել իրավական փաստաթղթերի պատճեն՝ հաստատելու համար, որ դուք հանդիսանում եք ծնող, հոգաբարձու, խնամակալ, հանգուցյալի կտակակատար կամ լիազորված եք անդամի համար բժշկական մասով որոշումներ ընդունել:

Անդամի անուն՝	Միջին անվան սկզբնատառ՝	Ազգանուն՝	
Փողոցի հասցե՝	Քաղաք՝	Նահանգ՝	Փոստային կոդ՝
Էլ հասցե՝	Տնային հեռախոսահամար՝	Բջջային հեռախոսահամար՝	
Հարաբերությունը անդամին՝			

**Սույն լիազորությամբ նշված ներկայացուցչին թույլատրվում է (ինչպես ընտրված է այս ձևաթղթում)՝**

- քննարկել ձեր տվյալները, առողջական խնամքի նպաստները, խնամքը և բուժումը, ինչպես նաև L.A. Care-ին ձեր անունից ուղղված հայցերը:
- ներկայացնել ձեր անունից պահանջներ կամ փոփոխություններ՝ կապված ձեր առողջապահական ծրագրի, բժիշկների և բժշկական խմբի հետ:
- L.A. Care-ին ձեր անունից բողոք ներկայացնել: L.A. Care Medicare Plus DSNP-ի համար, այս ձևաթուղթը վավեր է մեկ տարի՝ այն ստորագրելու ամսաթվից:
- L.A. Care-ից ստանալ ձեր Անձնական առողջական տեղեկությունը (Personal Health Information, PHI): Այն կարող է ներառել այնպիսի առողջական տեղեկություններ, ինչպիսիք են՝ թմրանյութի չարաշահում, հոգեկան առողջություն, վարքագծային առողջություն, գենետիկ թեստավորում և ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ կարգավիճակ: Հրապարակվելուց հետո տեղեկությունն այլևս չի կարող պաշտպանվել գաղտնիության օրենքներով և կարող է հետագայում բացահայտվել ներկայացուցչի կողմից առանց ձեր լիազորման:

**Անդամները պետք է՝**

- վերանայած և լրացրած լինեն ձևաթուղթը ստորագրելուց առաջ:
- տրամադրած լինեն L.A. Care-ի կողմից պահանջվող ամբողջ տեղեկատվությունը:
- հասկանան, որ L.A. Care-ը և Կալիֆորնիա նահանգի Առողջական խնամքի սպասարկման բաժինը պատասխանատվություն չեն կրում լիազորված ներկայացուցչի գործողությունների համար կամ այն ամենի համար, ինչ նրանք անում են ստացած տեղեկության հետ:
- հասկանան, որ չեղարկումը չի ազդի որևէ ձեռնարկած գործողության կամ արդեն իսկ հրապարակված որևէ տեղեկության վրա, որը հիմնված է սույն լիազորության վրա՝ մինչև այն պահը, երբ չեղարկման պահանջը մշակվի L.A. Care-ի կողմից:

**Անդամներն իրավունք ունեն՝**

- նշանակել 18 տարեկանից բարձր տարիքի ցանկացած անձի որպես լիազորված ներկայացուցիչ:
- ցանկացած ժամանակ թարմացնել կամ չեղարկել սույն լիազորությունը՝ գրավոր պահանջ ներկայացնելով L.A. Care-ին:
- պահանջել սույն ձևաթղթի օրինակ և սույն լիազորությամբ օգտագործվող կամ տարածվող տեղեկություն:

**Սահմանափակումներ.**

- Սույն լիազորությունը ճանաչվել է ստորագրման օրվանից մեկ տարի ժամկետով, եթե ավելի վաղ գրավոր չի չեղարկվել:
- Եթե ձևաթղթում կատարվեն փոփոխություններ, անդամին անհրաժեշտ կլինի կրկին լիազորել/նոտարական հաստատում ձեռք բերել ձևաթղթի համար:
- Սույն լիազորությունն ավտոմատ կերպով ավարտվում է անդամի՝ L.A. Care-ում անդամագրումից հեռացվելու պահից 120 օր հետո:

Ես հասկանում եմ, որ իմ բուժման, վճարման, անդամագրման կամ նպաստներ ստանալու իրավասության վրա չի ազդում իմ կողմից սույն ձևաթուղթը ստորագրելը կամ չստորագրելը:

Այսօրվա ամսաթիվը	Անդամի անունը՝ տպատառ	Անդամի ստորագրություն
Այսօրվա ամսաթիվը	Նշանակված ներկայացուցիչ #1	Ստորագրություն
Այսօրվա ամսաթիվը	Նշանակված ներկայացուցիչ #2	Ստորագրություն

**Վերադարձրեք ձևաթուղթը հետևյալ հասցեով՝**

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

**Անվճար ՖԱՔՍ՝ 1.844.657.7272** - Սա պաշտպանված ֆաքսի համար է: Դուք կարող եք ներառել տիտղոսաթերթ «Գաղտնի» նշմամբ: Խնդրում ենք զգուշություն ցուցաբերել ֆաքսով Պաշտպանված առողջական տեղեկություն (PHI) ուղարկելիս:

Սույն ձևաթղթի օրինակը ներբեռնելու համար այցելեք [lacare.org](http://lacare.org) կայքը: Սույն ձևաթղթի կամ սույն ձևաթուղթը ներկայացնելու հետ կապված հարցերի դեպքում խնդրում ենք կապ հաստատել Անդամների սպասարկման բաժնի հետ հետևյալ հեռախոսահամարով՝ **1.888.839.9909** (TTY 711): Մենք հասանելի ենք օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Այս զանգն անվճար է:

Դուք կարող եք անվճար ստանալ այս ձևաթուղթն արաբերեն, հայերեն, չինարեն, պարսկերեն, քմերերեն, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն, տագալոգ, վիետնամերեն կամ այլ ձևաչափերով, ինչպիսիք են՝ խոշոռ տառերը, բրեյլը կամ ձայնագրված տարբերակը: Զանգահարեք **1.833.522.3767** հեռախոսահամարով: TTY/TDD-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **711** հեռախոսահամարով: Մենք աշխատում ենք օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: