



授權代表表格

.....

會員名字：	中間名縮寫：	姓氏：	
街道地址：	城市：	州：	郵遞區號：
電子郵件：	家用電話號碼：	手機號碼：	
會員識別號碼：		出生日期(月月/日日/年年年)：	

本表格的目的是要：

- 指定代表以代表本人行事(可以進行變更)
- 讓代表有權取得本人的資訊(僅限取得,不得進行變更)
- 撤銷現有的代表委任書

第 1 名代表的名字：	中間名縮寫：	姓氏：	
街道地址：	城市：	州：	郵遞區號：
電子郵件：	家用電話號碼：	手機號碼：	

與會員的關係：

此委任書適用於：

- 與本人健康計劃福利的會員資格有關的所有目的。

僅適用於(請勾選所有適用選項)：

- 醫療(例如:護理管理、授權、交通運輸)
- 參保(例如:資格)
- 保費/財務(例如:月費、福利說明)
- 索賠(例如:請款)
- 申訴/上訴(例如:提出投訴或上訴)
- 敏感性服務(例如:人類免疫缺乏病毒/後天免疫缺乏症候群 [Human Immunodeficiency Virus / Acquired Immunodeficiency Syndrome, HIV/AIDS]、懷孕、性交傳染病)

此授權書的生效日期： 從 ____/____/____ 至 ____/____/____ 直到本人不再參保計劃為止。***註：**針對 Medicare Plus DSNP, 申訴/上訴代表的委任書有效期限僅有 1 年, 從簽名日期開始算起。**本表格的目的是要：** 指定代表以代表本人行事(可以進行變更) 讓代表有權取得本人的資訊(僅限取得, 不得進行變更) 撤銷現有的代表委任書**第 2 名代表的名字：****中間名縮寫：** 姓氏：**街道地址：****城市：****州：****郵遞區號：****電子郵件：****家用電話號碼：****手機號碼：****與會員的關係：****此委任書適用於：** 與本人健康計劃福利的會員資格有關的所有目的。**僅適用於(請勾選所有適用選項)：** 醫療(例如:護理管理、授權、交通運輸) 參保(例如:資格) 保費/財務(例如:月費、福利說明) 索賠(例如:請款) 申訴/上訴(例如:提出投訴或上訴) 敏感性服務(例如:HIV/AIDS、懷孕、性交傳染病)**此授權書的生效日期：** 從 ____/____/____ 至 ____/____/____ 直到本人不再參保計劃為止。***註：**針對 Medicare Plus DSNP, 申訴/上訴代表的委任書有效期限僅有 1 年, 從簽名日期開始算起。**所附的會員身分證明文件(下列其中一項的影本)：** 有效的美國駕照 有效的機動車輛管理局(Department of Motor Vehicles, DMV)身分識別卡 出生證明 護照/身分識別卡 由政府核發且附照片的身分識別卡 其他 _____**若沒有提供身分證明, 則必須對簽名進行公證。**

請在此處蓋章。若沒有公證人蓋章, 則不屬於官方證明文件。

L.A. Care 不提供也不承保公證服務, 公證服務可能需收費

公證人 _____

日期(月月/日日/年年年年) _____

如果此表格是由會員以外的人士填寫，請在此部分填寫您的資訊並在最後一頁代表會員簽名。您是：

- 未成年人的家長 監護人 保護人 遺產管理人
 遺囑執行人 其他 _____

必須附上一份法律證明文件，證明您是父母、保護人、監護人、過世者的遺囑執行人或有權代表會員作醫療決定。

會員名字：	中間名縮寫：	姓氏：	
街道地址：	城市：	州：	郵遞區號：
電子郵件：	家用電話號碼：	手機號碼：	
與會員的關係：			

此授權書讓指定代表可以進行以下活動 (如在此表格中所勾選)：

- 代表您與 L.A. Care 討論您的資訊、醫療保健福利、護理和治療以及索賠。
- 代表您提交與您健康計劃、醫師和醫療團體有關的申請或變更；
- 代表您向 L.A. Care 提出申訴。針對 L.A. Care Medicare Plus DSNP，此表格的有效期限僅限一年，從簽名日期開始算起。
- 向 L.A. Care 索取您的個人健康資訊 (Personal Health Information, PHI)。其中可能包括像是物質濫用、心理健康、行為健康、基因檢測和 HIV/AIDS 狀態等健康資訊。在資訊公開後，該資訊可能不再受到隱私法的保護，並且可能會在未經您授權的情況下遭到代表的進一步公開。

會員必須：

- 在簽名之前檢視並填寫表格。
- 提供 L.A. Care 所需的所有資訊。
- 瞭解 L.A. Care 和加州醫療保健服務部對授權代表的行為或對其所收到之資訊的處理情況概不負責。
- 瞭解在 L.A. Care 處理撤銷申請之前，撤銷將不會對根據本授權書已採取的任何行動或已公開的任何資訊造成影響。

會員有權：

- 指定任何年滿 18 歲以上的人士擔任授權代表。
- 在向 L.A. Care 提交書面申請後，隨時更新或撤銷此授權書。
- 索取此表格的副本以及透過此授權書所使用或共享的資訊。

限制：

- 除非提前以書面方式撤銷，否則此授權書自簽名日期起一年內有效。
- 若表格內容發生變更，會員將需重新授權／重新公證表格。
- 此授權書將於會員不再參保 L.A. Care 後的 120 天自動終止效力。

本人瞭解，無論本人是否簽署本表格，本人的治療、給付、參保或福利資格均不會受到影響。

今天日期	會員正楷姓名	會員簽名
今天日期	指定代表 #1	簽名
今天日期	指定代表 #2	簽名

請將表格交還至：

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

免費傳真: 1.844.657.7272 - 該傳真號碼安全可靠。您可以附上一張標有「機密文件」的封頁。
在傳真受保護的健康資訊時，請務必小心謹慎。

如欲下載此表格的副本，請瀏覽 lacare.org。如對此表格或提交此表格的方式有疑問，請致電 **1.888.839.9909 (TTY 711)** 與會員服務部聯絡。我們每週 7 天，每天 24 小時皆為您提供服務。上述電話均為免費。

您可免費獲得此表格的阿拉伯文版、亞美尼亞文版、中文版、波斯文版、高棉文版、韓文版、俄文版、西班牙文版、塔加拉文版、越南文版或像是大字版、盲文版或語音版等其他格式。請致電 **1.833.522.3767**。TTY/TDD 專線使用者請致電 **711**。我們每週 7 天，每天 24 小時皆為您提供服務。上述電話均為免費。