

## فرم نماینده مجاز

نام کوچک عضو:		حرف نخست نام میانی:		نام خانوادگی:	
آدرس خیابان:		شهر:		ایالت:	
ایمیل:		شماره تلفن خانه:		شماره تلفن همراه:	
شماره شناسه عضو:		تاریخ تولد (سال/روز/ماه):			
<p><b>موارد استفاده این فرم:</b></p> <input type="checkbox"/> تعیین یک نماینده برای اقدام از طرف من (قادر به انجام تغییرات) <input type="checkbox"/> اجازه دادن به نماینده برای دسترسی به اطلاعات من (فقط دسترسی، نمی‌تواند تغییرات ایجاد کند) <input type="checkbox"/> لغو انتصاب یک نماینده موجود					
نام کوچک نماینده شماره 1:		حرف نخست نام میانی:		نام خانوادگی:	
آدرس خیابان:		شهر:		ایالت:	
ایمیل:		شماره تلفن خانه:		شماره تلفن همراه:	
نسبت با عضو:					
<p><b>این انتصاب برای موارد زیر است:</b></p> <input type="checkbox"/> تمام اهداف مربوط به عضویت من در مزایای طرح سلامت من. <b>فقط برای</b> (همه موارد مربوطه را علامت بزنید): <input type="checkbox"/> پزشکی (مثال: مدیریت مراقبت، مجوزها، حمل و نقل) <input type="checkbox"/> نام‌نویسی (مثال: صلاحیت) <input type="checkbox"/> حق بیمه/امور مالی (مثال: پرداخت‌های ماهانه، شرح مزایا) <input type="checkbox"/> مطالبات (مثال: صدور صورتحساب) <input type="checkbox"/> شکایت/تجدیدنظر (مثلاً ثبت یک شکایت یا درخواست تجدیدنظر) <input type="checkbox"/> خدمات حساس (مثلاً اچ‌آی‌وی/ایدز، بارداری، بیماری‌های مقاربتی)					

این مجوز:

از \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ تا \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

تا زمانی که دیگر عضو طرح نباشم، معتبر است.

\*توجه: برای Medicare Plus DSNP، انتصاب برای شکایت/تجدیدنظر، فقط برای 1 سال از تاریخ امضای فرم معتبر است.

موارد استفاده این فرم:

تعیین یک نماینده برای اقدام از طرف من (با اختیار ایجاد تغییرات)

اجازه دادن به نماینده برای دسترسی به اطلاعات من (فقط دسترسی، نمی‌تواند تغییرات ایجاد کند)

لغو انتصاب یک نماینده موجود

نام کوچک نماینده شماره 2:

حرف نخست نام میانی:

نام خانوادگی:

آدرس خیابان:

شهر:

ایالت:

کدپستی:

ایمیل:

شماره تلفن خانه:

شماره تلفن همراه:

نسبت با عضو:

این انتصاب برای موارد زیر است:

تمام اهداف مربوط به عضویت من در مزایای طرح سلامت من است.

فقط برای (همه موارد مربوطه را علامت بزنید):

پزشکی (مثال: مدیریت مراقبت، مجوزها، حمل و نقل)

نام‌نویسی (مثال: صلاحیت)

حق بیمه/امور مالی (مثال: پرداخت‌های ماهانه، شرح مزایا)

مطالبات (مثال: صدور صورتحساب)

شکایت/تجدیدنظر (مثلاً ثبت یک شکایت یا درخواست تجدیدنظر)

خدمات حساس (مثلاً اچ‌آی‌وی/ایدز، بارداری، بیماری‌های مقاربتی)

این مجوز:

از \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ تا \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

تا زمانی که دیگر عضو طرح نباشم، معتبر است.

\*توجه: برای Medicare Plus DSNP، انتصاب برای شکایت/تجدیدنظر، فقط برای 1 سال از تاریخ امضای فرم معتبر است.

پیوست کردن اسناد شناسایی عضو (کپی یکی از موارد زیر):

گواهینامه رانندگی معتبر ایالات متحده

کارت شناسایی معتبر از اداره وسایل نقلیه موتوری (Department of Motor Vehicles, DMV)  گواهی تولد (شناسنامه)

پاسپورت/کارت شناسایی  کارت شناسایی عکس‌دار دولتی

سایر موارد

در صورت عدم پیوست اسناد شناسایی، امضا باید توسط دفتر اسناد رسمی تأیید شود.

لطفاً مهر را اینجا درج کنید. این سند دارای رسمیت نیست مگر اینکه توسط دفتر اسناد رسمی مهر شود.

\*خدمات دفاتر اسناد ارائه نمی‌شوند یا هزینه آن تحت پوشش L.A. Care قرار نمی‌گیرد، ممکن است هزینه‌ای اعمال شود\*

تاریخ (سال/روز/ماه)

تأییدکننده در دفتر اسناد رسمی

اگر کسی غیر از فرد عضو این فرم را تکمیل می‌کند، این بخش را با اطلاعاتتان تکمیل کنید و در صفحه آخر از طرف عضو امضا کنید.  
نسبت شما:

ولی فرد زیر سن قانونی  سرپرست  قیم  مدیر دارایی  
 مجری وصیت‌نامه  سایر

برای تأیید اینکه شما ولی، قیم، سرپرست، مجری وصیت متوفی هستید و یا از مجوز بخش تصمیم‌گیری پزشکی در رابطه با فرد عضو برخوردار هستید، باید اسناد حقوقی مربوطه را پیوست کنید.

نام کوچک عضو:		حرف نخست نام میانی:	نام خانوادگی:
آدرس خیابان:	شهر:	ایالت:	زیپ‌کد:
ایمیل:	شماره تلفن خانه:	شماره تلفن همراه:	
نسبت با عضو:			

این مجوز به نماینده مذکور اجازه اقدامات زیر را می‌دهد (همانطور که در این فرم انتخاب شده است):

- اطلاعات شما، مزایای مراقبت‌های بهداشتی، مراقبت و درمان و دعاوی مربوط به L.A. Care را به نمایندگی از شما مطرح کند.
- از طرف شما درخواست‌ها را ارائه دهد یا تغییرات مربوط به طرح سلامت، پزشکان و گروه پزشکی شما را انجام دهد.
- از طرف شما شکایتی نزد L.A. Care تنظیم کند. برای L.A. Care Medicare Plus DSNP، اعتبار این فرم از تاریخ امضا فقط یک سال است.
- اطلاعات سلامت شخصی شما (Personal Health Information, PHI) را از L.A. Care دریافت کند. این امر ممکن است شامل اطلاعات سلامت مانند سوء مصرف مواد، سلامت روان، بهداشت رفتاری، آزمایش ژنتیک و وضعیت HIV/ایدز باشد. پس از انتشار، ممکن است دیگر اطلاعات توسط قوانین حفظ حریم خصوصی محافظت نشود و ممکن است توسط نماینده بدون اجازه شما افشا شود.

#### اعضا باید:

- فرم را پیش از امضا، بررسی و تکمیل کرده باشند.
- کلیه اطلاعات مورد نیاز L.A. Care را ارائه کرده باشند.
- مطلع باشند که L.A. Care و اداره خدمات بهداشتی درمانی ایالت CA مسئولیتی در قبال اقدامات نماینده مجاز یا اقداماتی که با اطلاعات دریافتی انجام می‌دهند، بر عهده ندارند.
- مطلع باشند که لغو مجوز بر اقدامات انجام‌شده یا هرگونه اطلاعاتی که از قبل منتشر شده است و یا بر اساس این مجوز قبل از ارائه درخواست لغو توسط L.A. Care پردازش شده است تأثیری نخواهد داشت.

#### اعضا حق دارند:

- هر فرد بالای 18 سال را به عنوان نماینده مجاز منصوب کنند.
- در هر زمان که بخواهند با ارائه درخواست کتبی به L.A. Care این مجوز را به روز یا لغو کنند.
- کپی این فرم و اطلاعات استفاده‌شده یا اشتراک‌گذاری‌شده توسط این مجوز را درخواست کنند.

#### محدودیت‌ها:

- این مجوز به مدت یک سال از تاریخ درج امضا به رسمیت شناخته می‌شود، مگر اینکه زودتر از آن به صورت کتبی لغو شود.
- اگر تغییری در فرم ایجاد شود، عضو باید اعتبار فرم را تمدید کند / در دفتر اسناد رسمی تأیید کند.
- اعتبار این مجوز به طور خودکار 120 روز پس از اتمام ثبت‌نام عضو در L.A. Care به پایان می‌رسد.

من مطلع هستم که درمان، پرداخت، ثبت‌نام یا واجد شرایط بودن من برای مزایا تحت تأثیر امضا یا عدم امضای این فرم قرار نمی‌گیرد.

امضای عضو	نام عضو با حروف بزرگ	تاریخ امروز
امضا	نماینده منتصب شماره 1	تاریخ امروز
امضا	نماینده منتصب شماره 2	تاریخ امروز

#### نشانی ارسال:

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

**فکس رایگان: 1.844.657.7272** - این شماره فکس مطمئن است. شما می‌توانید یک برگه کاور با عنوان «محرمانه» را بر آن درج کنید. لطفاً هنگام فکس کردن اطلاعات سلامت محافظت‌شده (PHI) احتیاط کنید.

برای دانلود یک نسخه از این فرم، لطفاً به سایت [lacare.org](http://lacare.org) مراجعه کنید. برای مطرح کردن سؤالات خود در مورد این فرم یا نحوه ارسال این فرم، لطفاً از طریق شماره‌های **1-888-839-9909** (TTY 711) با خدمات اعضا تماس بگیرید. ما به صورت 24 ساعته در 7 روز هفته فعال هستیم. تماس با این شماره رایگان است.

این فرم را می‌توانید به صورت رایگان به زبان‌های عربی، ارمنی، چینی، فارسی، خمری، گُره‌ای، روسی، اسپانیایی، ویتنامی یا قالب‌های دیگر مانند چاپ درشت، خط بریل یا فایل صوتی دریافت کنید. با شماره **1.833.522.3767** تماس بگیرید. کاربران TTY/TDD باید با شماره **711** تماس بگیرند. ما 7 روز هفته به صورت 24 ساعته باز هستیم. این تماس رایگان است.