



ទម្រង់បែបបទអ្នកតំណាងមានការអនុញ្ញាត

.....

នាមខ្លួនរបស់សមាជិក៖	ឈ្មោះកណ្តាលអក្សរកាត់៖	នាមត្រកូល៖	
អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖	ទីក្រុង៖	រដ្ឋ៖	ហ្សឺបកូដ៖
អ៊ីម៉ែល៖	លេខទូរសព្ទនៅផ្ទះ៖	លេខទូរសព្ទចល័ត៖	
លេខសម្គាល់សមាជិក៖		ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)៖	

ទម្រង់នេះគឺដើម្បី៖

- ចាត់តាំងអ្នកតំណាងឱ្យធ្វើសកម្មភាពជំនួសខ្ញុំ (អាចផ្លាស់ប្តូរបាន)
- អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកតំណាងអាចចូលប្រើប្រាស់ព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំ (អាចចូលប្រើប្រាស់តែប៉ុណ្ណោះ មិនអាចផ្លាស់ប្តូរបានទេ)
- ដកហូតការតែងតាំងអ្នកតំណាងដែលមានស្រាប់

នាមខ្លួនរបស់ អ្នកតំណាងទី 1៖	ឈ្មោះកណ្តាលអក្សរកាត់៖	នាមត្រកូល៖	
អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖	ទីក្រុង៖	រដ្ឋ៖	ហ្សឺបកូដ៖
អ៊ីម៉ែល៖	លេខទូរសព្ទនៅផ្ទះ៖	លេខទូរសព្ទចល័ត៖	
ត្រូវជាអ្វីជាមួយសមាជិក៖			

ការតែងតាំងនេះគឺសម្រាប់៖

- គ្រប់គោលបំណងដែលទាក់ទងនឹងសមាជិកភាពរបស់ខ្ញុំ នៅក្នុងអត្ថប្រយោជន៍គម្រោងថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ។

សម្រាប់តែ (សូមដឹកគ្រប់ចំណុចដែលពាក់ព័ន្ធ)៖

- ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (ឧទាហរណ៍៖ ការគ្រប់គ្រងការថែទាំ ការអនុញ្ញាត ការដឹកជញ្ជូន)
- ការចុះឈ្មោះ (ឧទាហរណ៍៖ សិទ្ធិទទួលបាន)
- ថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រង/ហិរញ្ញវត្ថុ (ឧទាហរណ៍៖ ការទូទាត់ប្រចាំខែ ការពន្យល់អំពីអត្ថប្រយោជន៍ផ្សេងៗ)
- ការទាមទារសំណង (ឧទាហរណ៍៖ ការចេញវិក្កយបត្រ)
- បណ្តឹងសារទុក្ខ/បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ (ឧ. ដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍)
- សេវាឯកជនភាព (ឧ. មេរោគហ៊ីវ/ជំងឺអេដស៍ ការមានគភ៌ ជំងឺកាមរោគ)

ការអនុញ្ញាតនេះមានប្រសិទ្ធភាព៖
 ពីថ្ងៃទី ____/____/____ រហូតដល់ថ្ងៃទី ____/____/____
 រហូតដល់ខ្ញុំលែងចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោង។
***បញ្ហា កំរុះ កំរុះ សម្រាប់គម្រោង Medicare Plus DSNP ការតែងតាំងអ្នកតំណាងសម្រាប់បណ្តឹងសារទុក្ខ/បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ មានសុពលភាពរយៈពេលតែ 1 ឆ្នាំ ប៉ុណ្ណោះ គិតចាប់ពីថ្ងៃចុះហត្ថលេខា។**

ទម្រង់នេះគឺដើម្បី៖
 ចាត់តាំងអ្នកតំណាងឱ្យធ្វើសកម្មភាពជំនួសខ្ញុំ (អាចផ្លាស់ប្តូរបាន)
 អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកតំណាងអាចចូលប្រើប្រាស់ព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំ (អាចចូលប្រើប្រាស់តែប៉ុណ្ណោះ មិនអាចផ្លាស់ប្តូរបានទេ)
 ដកហូតការតែងតាំងអ្នកតំណាងដែលមានស្រាប់

នាមខ្លួនរបស់អ្នកតំណាងទី 2 ៖	ឈ្មោះកណ្តាលអក្សរកាត់៖	នាមត្រកូល៖	
អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖	ទីក្រុង៖	រដ្ឋ៖	ហ្សឺបកូដ៖
អ៊ីម៉ែល៖	លេខទូរសព្ទនៅផ្ទះ៖	លេខទូរសព្ទចល័ត៖	

ត្រូវជាអ្វីជាមួយសមាជិក៖

ការតែងតាំងនេះគឺសម្រាប់៖
 គ្រប់គោលបំណងដែលទាក់ទងនឹងសមាជិកភាពរបស់ខ្ញុំ នៅក្នុងអត្ថប្រយោជន៍គម្រោងថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ។
សម្រាប់តែ (សូមដឹកគ្រប់ចំណុចដែលពាក់ព័ន្ធ)៖
 ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (ឧទាហរណ៍៖ ការគ្រប់គ្រងការថែទាំ ការអនុញ្ញាត ការដឹកជញ្ជូន)
 ការចុះឈ្មោះ (ឧទាហរណ៍៖ សិទ្ធិទទួលបាន)
 ថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រង/ហិរញ្ញវត្ថុ (ឧទាហរណ៍៖ ការទូទាត់ប្រចាំខែ ការពន្យល់អំពីអត្ថប្រយោជន៍ផ្សេងៗ)
 ការទាមទារសំណង (ឧទាហរណ៍៖ ការចេញវិក្កយបត្រ)
 បណ្តឹងសារទុក្ខ/បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ (ឧទាហរណ៍៖ ដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍)
 សេវាឯកជនភាព (ឧ. មេរោគហ៊ីវ/អ៊ីដអេស ការមានគភ៌ ដំងើកាមរោគ)

ការអនុញ្ញាតនេះមានប្រសិទ្ធភាព៖
 ពីថ្ងៃទី ____/____/____ រហូតដល់ថ្ងៃទី ____/____/____
 រហូតដល់ខ្ញុំលែងចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោង។
***បញ្ហា កំរុះ កំរុះ សម្រាប់គម្រោង Medicare Plus DSNP ការតែងតាំងអ្នកតំណាងសម្រាប់បណ្តឹងសារទុក្ខ/បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ មានសុពលភាពរយៈពេលតែ 1 ឆ្នាំ ប៉ុណ្ណោះ គិតចាប់ពីថ្ងៃចុះហត្ថលេខា។**

ឯកសារអត្តសញ្ញាណសមាជិកភ្ជាប់មកជាមួយ (សំណើចម្លងមួយច្បាប់នៃឯកសារខាងក្រោម)៖
 បណ្តាញបេក្ខបេក្ខសហរដ្ឋអាមេរិកដែលមានសុពលភាព
 បណ្តាញសម្គាល់យានយន្តចេញដោយ DMV មានសុពលភាព; អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ សំបុត្រកំណើត
 លិខិតឆ្លងដែន/អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណមានបិទរូបថតដែលចេញដោយរដ្ឋាភិបាល
 ផ្សេងៗ _____

ប្រសិនបើមិនមានឯកសារអត្តសញ្ញាណភ្ជាប់មកជាមួយទេ ត្រូវតែមានការបញ្ជាក់លើហត្ថលេខា។

សូមបោះត្រានៅត្រង់នេះ។ មិនផ្លូវការឡើយ លុះត្រាតែមានបោះត្រាដោយសារការវិសោធន៍។
សេវាសារការិយាល័យត្រូវបានផ្តល់ជូនប្តីរ៉ាប់រងដោយគម្រោង L.A. Care ឡើយ អាចនឹងមានគិតថ្លៃសេវា

_____ /____/____
បញ្ជាក់ដោយ **កាលបរិច្ឆេទ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)**

ប្រសិនបើមានអ្នកណាម្នាក់ក្រៅពីសមាជិក ជាអ្នកបំពេញទម្រង់នេះ សូមបំពេញព័ត៌មានរបស់អ្នកនៅក្នុងផ្នែកនេះ ហើយចុះហត្ថលេខាជំនួសឱ្យសមាជិកនៅទំព័រចុងក្រោយ។ អ្នកគឺជា៖

ឪពុក/ម្តាយរបស់អនីតិជន អាណាព្យាបាល អ្នកថែរក្សា អ្នកគ្រប់គ្រងអចលនទ្រព្យ

ប្រតិបត្តិករលិខិតបណ្តាំ ផ្សេងៗ _____

ត្រូវតែភ្ជាប់មកជាមួយនូវច្បាប់ចម្លងឯកសារផ្លូវច្បាប់ ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ថា អ្នកគឺជាឪពុក/ម្តាយ អ្នកថែរក្សា អាណាព្យាបាល ប្រតិបត្តិករលិខិតបណ្តាំ របស់មរណជន ឬមានសិទ្ធិអំណាចធ្វើការសម្រេចចិត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់សមាជិក។

នាមខ្លួនរបស់សមាជិក៖	ឈ្មោះកណ្តាលអក្សរកាត់៖	នាមត្រកូល៖	
អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖	ទីក្រុង៖	រដ្ឋ៖	ហ្សឺបកូដ៖
អ៊ីម៉ែល៖	លេខទូរសព្ទនៅផ្ទះ៖	លេខទូរសព្ទចល័ត៖	
ត្រូវជាអ្វីជាមួយសមាជិក៖			

- ការអនុញ្ញាតនេះ អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកតំណាងដែលបានតែងតាំង (ដូចបានជ្រើសរើសនៅក្នុងទម្រង់នេះ) ដើម្បី៖**
- ពិភាក្សាអំពីព័ត៌មាន អត្ថប្រយោជន៍ថែទាំសុខភាព ការថែទាំនិងព្យាបាល និងការទាមទារសំណងរបស់អ្នកជាមួយ L.A. Care ជំនួសឱ្យរូបអ្នក។
 - ដាក់សំណើ ឬការផ្លាស់ប្តូរនានាអំពីគម្រោងថែទាំសុខភាព គ្រូពេទ្យ និងក្រុមវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក ជំនួសឱ្យរូបអ្នក។
 - ដាក់ពាក្យបណ្តឹងសារទុក្ខជាមួយ L.A. Care ជំនួសឱ្យរូបអ្នក។ សម្រាប់គម្រោង Medicare Plus DSNP របស់ L.A. Care ទម្រង់នេះមានរយៈពេលកំណត់ត្រឹមមួយឆ្នាំ ចាប់ពីថ្ងៃ ចុះហត្ថលេខា។
 - ទទួលបានព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន (Personal Health Information, PHI) របស់អ្នក ពីគម្រោង L.A. Care។ ព័ត៌មាននេះអាចរួមបញ្ចូលទាំងព័ត៌មានសុខភាពដូចជា ការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន សុខភាពផ្លូវចិត្ត សុខភាពអាកប្បកិរិយា ការធ្វើតេស្តហ្វេន និងស្ថានភាពមេរោគហ៊ីវ/អ៊ីដអេដស៍។ នៅពេលដែលត្រូវបានបញ្ជាក់ ព័ត៌មាននេះអាចនឹងលែងត្រូវបានការពារដោយច្បាប់ឯកជនភាពតទៅទៀតហើយ ហើយក៏អាចនឹងត្រូវបានបញ្ចេញបន្ថែមដោយអ្នកតំណាង ដោយមិនមានការអនុញ្ញាតរបស់អ្នកដែរ។

សមាជិកត្រូវតែ៖

- បានពិនិត្យឡើងវិញ និងបានបំពេញទម្រង់នេះមុនពេលចុះហត្ថលេខា។
- បានផ្តល់នូវព័ត៌មានទាំងអស់ដែលតម្រូវដោយ L.A. Care។
- យល់ថា L.A. Care និងក្រសួងសុខាភិបាលរដ្ឋ CA មិនទទួលខុសត្រូវចំពោះសកម្មភាពរបស់អ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត ឬអ្វីដែលពួកគេធ្វើជាមួយព័ត៌មានដែលពួកគេទទួលបានឡើយ។
- យល់ថាការដកហូតនេះនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់សកម្មភាពដែលបានធ្វើឡើង ឬព័ត៌មានណាមួយដែលបានបញ្ចេញរួចហើយ ដោយផ្អែកលើការអនុញ្ញាតនេះមុនពេលសំណើសុំដកហូតត្រូវបានដំណើរការដោយ L.A. Care។

សមាជិកមានសិទ្ធិ៖

- តែងតាំងអ្នកណាម្នាក់ដែលមានអាយុលើសពី 18 ឆ្នាំ ជាអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត។
- ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ឬដកហូតការអនុញ្ញាតនេះដោយមានសំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរទៅ L.A. Care នៅពេលណាក៏បាន។
- ស្នើសុំសំណើចម្លងមួយច្បាប់នៃទម្រង់នេះ និងព័ត៌មានដែលបានប្រើប្រាស់ ឬចែករំលែកដោយការអនុញ្ញាតនេះ។

ការដាក់កម្រិត៖

- ការអនុញ្ញាតនេះត្រូវបានទទួលស្គាល់រយៈពេលមួយឆ្នាំ ចាប់ពីថ្ងៃចុះហត្ថលេខា ពុំនោះទេ លុះត្រាតែត្រូវបានដកហូតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរមុនកាលកំណត់។
- ប្រសិនបើមានការផ្លាស់ប្តូរនានាចំពោះទម្រង់នេះ នោះសមាជិកនឹងចាំបាច់ត្រូវអនុញ្ញាត/បញ្ជាក់ទម្រង់នេះឡើងវិញ។
- ការអនុញ្ញាតនេះនឹងបញ្ចប់ដោយស្វ័យប្រវត្តិក្នុងរយៈពេល 120 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីសមាជិកលែងចុះឈ្មោះជាមួយ L.A. Care ។

ខ្ញុំយល់ថា ការព្យាបាល ការទូទាត់ ការចុះឈ្មោះ ឬសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ផ្សេងៗរបស់ខ្ញុំ មិនត្រូវបានប៉ះពាល់ឡើយ ទោះជាខ្ញុំចុះហត្ថលេខា ឬមិនចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះក៏ដោយ។

កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ	ឈ្មោះជាអក្សរពុម្ពរបស់សមាជិក	ហត្ថលេខារបស់សមាជិក
កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ	អ្នកតំណាងដែលបានតែងតាំងទី 1	ហត្ថលេខា
កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ	អ្នកតំណាងដែលបានតែងតាំងទី 2	ហត្ថលេខា

បញ្ជូនទម្រង់ទៅ៖

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

លេខទូរសារឥតគិតថ្លៃ ៖ 1.844.657.7272 - នេះគឺជាលេខទូរសារដែលមានសុវត្ថិភាព។ អ្នកអាចដាក់ក្នុងគម្របស្រោមសំបុត្រដែលមានសរសេរសម្គាល់ថា “Confidential” (ការសម្ងាត់)។ សូមប្រុងប្រយ័ត្ននៅពេលធ្វើទូរសារព័ត៌មានសុខភាពដែលត្រូវបានការពារ (PHI)។

ដើម្បីទាញយកសំណើចម្លងទម្រង់នេះ សូមចូលទៅគេហទំព័រ **lacare.org** ។ សម្រាប់ចម្ងល់នានាដែលទាក់ទងនឹងទម្រង់នេះ ឬអំពីរបៀបដាក់ជូនទម្រង់នេះ សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាសមាជិក លេខ **1.888.839.9909 (TTY 711)**។ យើងអាចទំនាក់ទំនងបាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

អ្នកអាចទទួលបានទម្រង់នេះដោយឥតគិតថ្លៃ ជាភាសាអារ៉ាប់ ភាសាអេស៊េនី ភាសាចិន ភាសាហ្វីលីពីន ភាសាខ្មែរ ភាសាកូរ៉េ ភាសារុស្ស៊ី ភាសាអេស្ប៉ាញ ភាសាកាតាល៉ាណា ភាសាអ៊ីតាលី ឬ ជាទម្រង់ផ្សេងទៀត ដូចជាអក្សរពុម្ពធំ អក្សរសម្រាប់មនុស្សពិការភ្នែក ឬជាសំឡេង។ សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ **1.833.522.3767**។ អ្នកប្រើ TTY/TDD គួរតែហៅទៅលេខ **711**។ យើងធ្វើការ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។