



승인된 대리인 양식

.....

가입자 이름:	중간 이름 이니셜:	성:	
거리 주소:	시:	주:	우편번호:
이메일:	집 전화번호:	휴대전화 번호:	
가입자 ID 번호:		생년월일(월/일/연도):	
양식 제출 목적: <input type="checkbox"/> 나를 대리할 대리인 지명(대리인에게 변경 권한 있음) <input type="checkbox"/> 대리인이 내 정보에 접근하는 것을 허용(접근 한정, 대리인에게 변경 권한 없음) <input type="checkbox"/> 기존의 대리인 지명 철회			
첫 번째 대리인 이름:	중간 이름 이니셜:	성:	
거리 주소:	시:	주:	우편번호:
이메일:	집 전화번호:	휴대전화 번호:	
가입자와의 관계: 지명 목적: <input type="checkbox"/> 본인의 건강 플랜 혜택에 있는 본인의 회원 관련 모든 목적 다음 목적으로 한정(해당 사항에 모두 체크하십시오.): <input type="checkbox"/> 의료(예: 치료 관리, 승인, 교통편) <input type="checkbox"/> 등록(예: 자격) <input type="checkbox"/> 보험료/재정(예: 월별 납부, 혜택 설명) <input type="checkbox"/> 청구(예: 대금) <input type="checkbox"/> 이의제기/재고 요청(예: 불만 제기 또는 이의제기) <input type="checkbox"/> 민감한 서비스(예: 인간 면역 결핍 바이러스(Human Immunodeficiency Virus, HIV)/후천성 면역 결핍증(Acquired Immune Deficiency Syndrome, AIDS), 임신, 성병)			

승인 유효 기간:

시작일: ____/____/____, 종료일: ____/____/____

플랜 등록이 끝나는 시점

***참고:** Medicare Plus 이증 특수 필요 플랜 DSNP의 경우, 이의제기/재고 요청 약속은 서명 날짜로부터 1년만 유효합니다.

양식 제출 목적:

나를 대리할 대리인 지명(대리인에게 변경 권한 있음)

대리인이 내 정보에 접근하는 것을 허용(접근 한정, 대리인에게 변경 권한 없음)

기존의 대리인 지명 철회

두 번째 대리인 이름:

중간 이름 이니셜:

성:

거리 주소:

시:

주:

우편번호:

이메일:

집 전화번호:

휴대전화 번호:

가입자와의 관계:

지명 목적:

본인의 건강 플랜 혜택에 있는 본인의 회원 관련 모든 목적

다음 목적으로 한정(해당 사항에 모두 체크하십시오.):

의료(예: 치료 관리, 승인, 교통편)

등록(예: 자격)

보험료/재정(예: 월별 납부, 혜택 설명)

청구(예: 대금)

이의제기/재고 요청(예: 불만 제기 또는 이의제기)

민감한 서비스(예: HIV/AIDS, 임신, 성병)

승인 유효 기간:

시작일: ____/____/____, 종료일: ____/____/____

플랜 등록이 끝나는 시점

***참고:** Medicare Plus DSNP의 경우, 이의제기/재고 요청 약속은 서명 날짜로부터 1년만 유효합니다.

회원 신원 확인 서류 첨부(다음 중 하나의 사본을 제공해야 합니다.):

유효한 미국 운전 면허증 유효한 차량 관리국(Department of Motor Vehicles, DMV) ID 카드 출생증명서

여권/ID 카드 정부 발행 사진 ID 카드

기타 _____

신분증이 첨부되지 않는 경우, 서명을 공증해야 합니다.

**여기에 스탬프를 찍어주세요. 공증인이 스탬프를 찍지 않으면 공인되지 않습니다.
*공증 서비스는 L.A. Care에서 제공하거나 보장하지 않으며 요금이 부과될 수 있습니다***

공증인

날짜(월/일/연도)

가입자 외 다른 사람이 이 양식을 작성하는 경우, 작성자는 본인의 정보를 이 섹션에 기재한 뒤 마지막 페이지에 가입자를 대신하여 서명해야 합니다. 작성자는 다음 중 해당하는 것에 체크해주시시오.

미성년자의 부모 후견인 보호자 재산 관리인

유언 집행자 기타 _____

귀하가 부모, 보호자, 후견인, 사망자의 유언집행자이거나, 귀하에게 가입자에 대한 의료 결정 권한이 있음을 입증하는 법적 문서의 사본을 첨부해야 합니다.

가입자 이름:	중간 이름 이니셜:	성:	
거리 주소:	시:	주:	우편번호:
이메일:	집 전화번호:	휴대전화 번호:	
가입자와의 관계:			

이 승인을 통해 상기 대리인은 다음을 수행할 수 있습니다(본 양식에서 선택된 것과 동일).

- L.A. Care와 귀하의 정보, 의료 서비스 혜택, 진료 및 치료, 청구에 대해 대신하여 논의할 수 있습니다.
- 귀하의 건강 플랜, 의사 및 의료 그룹에 대한 요청 또는 변경 사항을 대신하여 제출할 수 있습니다.
- 귀하를 대신하여 L.A. Care에 이의를 제기합니다. L.A. Care Medicare Plus DSNP의 경우, 이 양식은 서명 날짜로부터 1년만 유효합니다.
- L.A. Care에게서 귀하의 개인 건강 정보(Personal Health Information, PHI)를 취득합니다. 여기에는 약물 중독, 정신 건강, 행동 건강, 유전 검사 및 HIV/AIDS 상태와 같은 건강 정보 등이 포함될 수 있습니다. 일단 공개되면, 정보는 더 이상 개인 정보 보호법에 의해 보호될 수 없으며, 대리인은 귀하의 승인 없이 더 많은 정보를 공개할 수 있습니다.

가입자는 반드시 다음을 확인해야 합니다.

- 양식을 검토하고 작성한 뒤 서명하십시오.
- L.A. Care에서 요구하는 모든 정보를 제공하십시오.
- L.A. Care와 CA 의료서비스부는 승인된 대리인의 행동이나 그들이 받는 정보로 무엇을 하는지에 대해 책임지지 않는다는 것을 이해해야 합니다.
- L.A. Care에서 취소 요청을 처리하기 전에, 본 승인에 근거하여 취소 행위가 모든 수행된 조치 또는 이미 발표된 정보에 아무런 영향을 주지 않는다는 사실을 이해해야 합니다.

가입자의 권리:

- 18세 이상의 사람을 승인된 대리인으로 지명할 수 있습니다.
- L.A. Care에 서면 요청으로 언제든지 이 승인을 업데이트하거나 취소할 수 있습니다.
- 이 양식의 사본과 이 승인에서 사용하거나 공유한 정보를 요청할 수 있습니다.

제한 사항:

- 이 승인은 사전에 서면으로 취소되지 않는 한, 서명 날짜로부터 1년 동안 유효합니다.
- 양식이 변경되면 가입자는 양식을 재승인/재공증해야 합니다.
- 이 승인은 가입자가 더 이상 L.A. Care에 가입되지 않은 상태에서 120일이 지난 후에 자동으로 종료됩니다.

본인은 본인의 치료, 지불, 가입, 또는 혜택에 대한 자격이 양식 서명 여부에 영향을 받지 않는다는 것을 이해합니다.

오늘 날짜	가입자 정자체 이름	가입자 서명
오늘 날짜	지명된 1번 대리인	서명
오늘 날짜	지명된 2번 대리인	서명

양식 보낼 주소:

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

무료 팩스: 1.844.657.7272 - 보안 팩스 번호입니다. "기밀 보장"이라고 표시한 표지를 첨부하실 수 있습니다.
비공개 건강 정보(PHI)를 팩스로 보낼 때는 주의하시기 바랍니다.

본 양식의 사본을 다운로드하려면 lacare.org 를 방문하세요. 본 양식 또는 양식을 제출하는 방법에 관한 질문은 가입자 서비스부에 **1.888.839.9909** (TTY 711)번으로 문의하시기 바랍니다. 연중무휴 하루 24시간 통화 가능합니다. 통화는 무료입니다.

이 양식을 무료로 아랍어, 아르메니아어, 중국어, 페르시아어, 크메르어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어, 베트남어로 이용할 수 있습니다. 대형 활자 인쇄본, 점자, 오디오 등 기타 양식도 제공됩니다. **1.833.522.3767** 번으로 전화하십시오. TTY/TDD 사용자는 **711** 번으로 연락하셔야 합니다. 연중무휴 하루 24시간 통화 가능합니다. 통화료는 무료입니다.