

ФОРМА НАЗНАЧЕНИЯ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

Имя участника:		Отчество:		Фамилия:	
Улица:		Город:		Штат:	Почтовый индекс:
Электронная почта:		Номер домашнего телефона:		Номер мобильного телефона:	
Идентификационный номер участника:				Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ):	
Цель данной формы: <input type="checkbox"/> Назначить представителя, который будет действовать от моего имени (с возможностью внесения изменений) <input type="checkbox"/> Разрешить представителю доступ к моей информации (только доступ, без внесения изменений) <input type="checkbox"/> Отменить существующее назначение представителя					
Имя первого представителя:		Отчество:		Фамилия:	
Улица:		Город:		Штат:	Почтовый индекс:
Электронная почта:		Номер домашнего телефона:		Номер мобильного телефона:	
Степень родства с участником:					
Данное назначение предназначено для: <input type="checkbox"/> Любые цели, связанные с моим участием в моем плане медицинского страхования. Только для (выберите все подходящие варианты ответа): <input type="checkbox"/> Медицинские цели (например: управление обслуживанием, разрешения, транспортировка) <input type="checkbox"/> Регистрация (например: наличие права на участие) <input type="checkbox"/> Страховой взнос/финансовые аспекты (например: ежемесячные платежи, разъяснение страховых льгот) <input type="checkbox"/> Страховые требования (например: выставление счетов) <input type="checkbox"/> Претензии/апелляции (например: подача жалобы или апелляции) <input type="checkbox"/> Деликатные услуги (например: ВИЧ/СПИД, беременность, заболевания, передающиеся половым путем)					

Данное назначение действительно: С ____/____/____ до ____/____/____ Пока я являюсь участником плана.

***Примечание:** в случае плана Medicare Plus DSNP, назначение с целью подачи жалобы/апелляций действительно только в течение 1 года с даты подписания.

Цель данной формы: Назначить представителя, который будет действовать от моего имени (с возможностью внесения изменений) Разрешить представителю доступ к моей информации (только доступ, без внесения изменений) Отменить существующее назначение представителя**Имя**^{второго} **представителя:****Инициал
отчества:****Фамилия:****Улица:****Город:****Штат:****Почтовый
индекс:****Электронная почта:****Номер домашнего телефона:****Номер мобильного телефона:****Степень родства с участником:****Данное назначение предназначено для:** Любые цели, связанные с моим участием в моем плане медицинского страхования.**Только для** (выберите все подходящие варианты ответа): Медицинские цели (например: управление обслуживанием, разрешения, транспортировка) Регистрация (например: наличие права на участие) Страховой взнос/финансовые аспекты(например: ежемесячные платежи, разъяснение страховых льгот) Страховые требования (например: выставление счетов) Претензии/апелляции (например: подача жалобы или апелляции) Деликатные услуги (например: ВИЧ/СПИД, беременность, заболевания, передающиеся половым путем)**Данное назначение вступает в силу:** С ____/____/____ до ____/____/____ Пока я являюсь участником плана.

***Примечание:** в случае плана Medicare Plus DSNP, назначение с целью подачи жалобы/апелляций действительно только в течение 1 года с даты подписания.

Прилагается документация, удостоверяющая личность (вы должны предоставить ксерокопию одного из следующих документов): Действующие водительские права США Действующая идентификационная карта, выданная Департаментом по регистрации транспортных средств (Department of Motor Vehicles , DMV) Свидетельство о рождении Паспорт/идентификационная карта Идентификационная карта с фотографией, выданная государственным органом Другое: _____**Если идентификационная документация не предоставляется, подпись должна быть нотариально заверена.**

Место для печати. Не является официальным документом, если отсутствует печать публичного нотариуса.

Нотариальные услуги не предоставляются или не возмещаются планом L.A. Care. Могут взиматься дополнительные сборы

Нотариально заверено_____
Дата (ММ/ДД/ГГГГ)

Если эту форму заполняет кто-то, кроме участника, заполните этот раздел, указав свою информацию, и распишитесь от имени участника на последней странице. Кем вы являетесь:

- Родителем несовершеннолетнего Опекуном Попечителем Распорядителем имущества
 Исполнителем завещания Другое _____

Необходимо прикрепить правовую документацию для подтверждения того, что вы являетесь родителем, попечителем, опекуном, исполнителем завещания умершего или уполномоченным за принятие медицинских решений за участника.

Имя участника:	Отчество:	Фамилия:	
Улица:	Город:	Штат:	Почтовый индекс:
Электронная почта:	Номер домашнего телефона:	Номер мобильного телефона:	
Степень родства с участником:			

Это разрешение позволяет указанному представителю (в соответствии с информацией, указанной в данной форме):

- обсуждать вашу информацию, льготы на медицинское обслуживание, уход и лечение, а также страховые требования в рамках плана L.A. Care от вашего имени;
- подавать запросы или изменения относительно вашего плана медицинского страхования, врачей и медицинской группы от вашего имени;
- подавать претензии в план L.A. Care от вашего имени. В случае плана Medicare Plus DSNP, назначение с целью подачи жалобы/апелляций действительно только в течение 1 года с даты подписания.
- получать вашу личную медицинскую информацию (Personal Health Information, PHI) от плана L.A. Care. К ней может относиться такая медицинская информация, как данные о злоупотреблении психоактивными веществами, психическом здоровье, об охране психического здоровья, о генетическом тестировании и статусе ВИЧ/СПИД. После разглашения информация больше не может быть защищена законами о конфиденциальности и может в дальнейшем раскрыта представителем без вашего разрешения.

Участники обязаны:

- ознакомиться и заполнить форму до подписания;
- предоставить всю информацию, которая требуется планом L.A. Care;
- понимать, что план L.A. Care и Департамент здравоохранения (Department of Health Care Services) штата Калифорния не несут ответственности за действия уполномоченного представителя или за то, что именно они делают с полученной информацией;
- понимать, что факт отмены не повлияет на какие-либо уже предпринятые действия или разглашенную информацию на основании этого разрешения до того, как запрос на отмену был обработан планом L.A. Care.

Участники имеют право:

- назначить уполномоченным представителем любое лицо старше 18 лет;
- вносить изменения или отменить разрешение в любой момент, подав письменный запрос в L.A. Care;
- запросить копию этой формы и информацию, используемую или разглашаемую на основании этого разрешения.

Ограничения:

- Это разрешение действует в течение одного года с даты подписания, если оно не отменено ранее в письменном виде.
- Если в форму внесены изменения, участнику необходимо повторно подписать/нотариально заверить форму.
- Срок действия этого разрешения автоматически заканчивается через 120 дней после окончания регистрации участника в плане L.A. Care.

Я понимаю, что мое лечение, платежи, регистрация или право на получение льгот не зависят от того, подписываю ли я эту форму или нет.

Сегодняшнее число:	Полное имя участника печатными буквами:	Подпись участника:
Сегодняшнее число:	Уполномоченный представитель №1	Подпись
Сегодняшнее число:	Уполномоченный представитель №2	Подпись

Вернуть форму в:

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

По бесплатному номеру факса: 1.844.657.7272 — это защищенный номер факса. Вы можете добавить титульный лист с пометкой «Конфиденциально». Будьте осторожны при отправке конфиденциальной медицинской информации (PHI) по факсу.

Чтобы скачать копию этой формы, посетите сайт www.lacare.org. Вопросы, касающиеся этой формы или ее отправки, можно задать отделу обслуживания участников по тел. **1.888.839.9909** (линия ТTY: 711). Мы работаем круглосуточно, ежедневно. Звонок бесплатный.

Вы можете получить эту форму бесплатно на арабском, армянском, китайском, фарси, кхмерском, корейском, русском, испанском, тагальском, вьетнамском языках, а также в других форматах, таких как крупный шрифт, шрифт Брайля или аудио. **1.833.522.3767**. Пользователям линии ТTY/TDD следует звонить по телефону **711**. Мы работаем круглосуточно, ежедневно. Звонок бесплатный.