



FORM PARA SA PINAHINTULUTANG KINATAWAN

.....

Pangalan ng Miyembro:	Gitnang Inisyal:	Apelyido:	
Address ng Kalye:	Lungsod:	Estado:	Zip Code:
Email:	Numero ng Telepono sa Bahay:	Numero ng Cell Phone:	
Numero ng ID ng Miyembro:		Petsa ng Kapanganakan (MM/DD/YYYY):	

Ang form na ito ay para:

- Magtalaga ng kinatawan na kikilos sa ngalan ko (maaaring gumawa ng mga pagbabago)
- Pahintulutan ang isang kinatawan na magkaroon ng access sa aking impormasyon (access lang, hindi maaaring gumawa ng mga pagbabago)
- Bawiin ang isang umiiral nang pagtatalaga ng kinatawan

Pangalan ng Unang Kinatawan:	Gitnang Inisyal:	Apelyido:	
Address ng Kalye:	Lungsod:	Estado:	Zip Code:
Email:	Numero ng Telepono sa Bahay:	Numero ng Cell Phone:	

Kaugnayan sa Miyembro:

Ang pagtatalaga na ito ay para sa:

- Para sa lahat ng layuning nauugnay sa aking pagiging miyembro sa aking mga benepisyo sa planong pangkalusugan.

Para lang sa (lagyan ng check ang lahat ng naaangkop):

- Medikal (*halimbawa: pamamahala ng pangangalaga, pagpapahintulot, transportasyon*)
- Pagpapatala (*halimbawa: pagiging karapat-dapat*)
- Premium/Pinansyal (*halimbawa: mga buwanang pagbabayad, Paliwanag ng Mga Benepisyo*)
- Mga claim (*halimbawa: pagsingil*)
- Karaingan/Apela (*hal., maghain ng reklamo o apela*)
- Mga Sensitibong Serbisyo (*hal., HIV/AIDs, pagbubuntis, sexually transmitted diseases*)

Ang pahintulot na ito ay magiging epektibo: Mula ____/____/____ hanggang ____/____/____ Hanggang sa hindi na ako nakatala sa plano.

***Tandaan:** Para sa Medicare Plus DSNP, ang pagtatalaga para sa Karaingan/Apela ay magiging epektibo lang sa loob ng 1 taon mula sa petsa ng paglagda.

Ang form na ito ay para: Magtatalaga ng kinatawan na kikilos sa ngalan ko (maaaring gumawa ng mga pagbabago) Pahintulutan ang isang kinatawan na magkaroon ng access sa aking impormasyon (access lang, hindi maaaring gumawa ng mga pagbabago) Bawiin ang isang umiiral nang pagtatalaga ng kinatawan**Pangalan ng Ikalawang Kinatawan:****Gitnang Inisyal:****Apelyido:****Address ng Kalye:****Lungsod:****Estado:****Zip Code:****Email:****Numero ng Telepono sa Bahay:****Numero ng Cell Phone:****Kaugnayan sa Miyembro:****Ang pagtatalaga na ito ay para sa:** Para sa lahat ng layuning nauugnay sa aking pagiging miyembro sa aking mga benepisyo sa planong pangkalusugan.**Para lang sa (lagyan ng check ang lahat ng naaangkop):** Medikal (*halimbawa: pamamahala ng pangangalaga, pagpapahintulot, transportasyon*) Pagpapatala (*halimbawa: pagiging karapat-dapat*) Premium/Pinansyal (*halimbawa: mga buwanang pagbabayad, Paliwanag ng Mga Benepisyo*) Mga claim (*halimbawa: pagsingil*) Karaingan/Apela (*halimbawa: maghain ng reklamo o apela*) Mga Sensitibong Serbisyo (*halimbawa: HIV/AIDs, pagbubuntis, sexually transmitted diseases*)**Ang pahintulot na ito ay magiging epektibo:** Mula ____/____/____ hanggang ____/____/____ Hanggang sa hindi na ako nakatala sa plano.

***Tandaan:** Para sa Medicare Plus DSNP, ang pagtatalaga para sa Karaingan/Apela ay magiging epektibo lang sa loob ng 1 taon mula sa petsa ng paglagda.

Nakalakip na dokumentasyon ng Pagkakakilanlan ng Miyembro (Isang kopya ng isa sa sumusunod): May Bisang Lisensya sa Pagmamaneho sa U.S. May Bisang Card ng Pagkakakilanlan ng Departamento ng Sasakyang May Motor (Department of Motor Vehicle, DMV) Sertipiko ng Kapanganakan Passport/ID Card ID Card na may Larawang Inisyu ng Gobyerno Iba pa _____**Kung walang nakalakip na pagkakakilanlan, kailangang napanotaryo ang lagda.**

Mangyaring ilagay dito ang selyo. Hindi opisyal maliban kung nagtataglay ng selyo ng notaryo Publiko.

Hindi ibinibigay o saklaw ng L.A. Care ang mga serbisyo ng notaryo, maaaring nalalapat ang mga karagdagang bayarin

Nanotaryohan ni_____/_____/_____
Petsa (MM/DD/YYYY)

Kung may ibang tao maliban sa miyembro na sumasagot sa form na ito, sagutan ang seksyong ito gamit ang iyong impormasyon at lagdaan sa ngalan ng miyembro sa huling pahina. Ikaw ang:

- Magulang ng isang Menor de Edad Tagapangalaga Tagaprotekta Tagapamahala ng Ari-arian
 Tagapagpatupad ng testamento Iba pa _____

Kailangang nakalakup ang isang kopya ng Legal na dokumentasyon para patunayan na ikaw ang Magulang, Tagaprotekta, Tagapangalaga, Tagapagpatupad ng Testamento ng Namatay, o May Kapangyarihang Gumawa ng Medikal na Desisyon para sa miyembro.

Pangalan ng Miyembro:	Gitnang Inisyal:	Apelyido:	
Address ng Kalye:	Lungsod:	Estado:	Zip Code:
Email:	Numero ng Telepono sa Bahay:	Numero ng Cell Phone:	
Kaugnayan sa Miyembro:			

Pinapayagan ng Pagpapahintulot na ito ang pinangalanang kinatawan na (ayon sa pinili sa form na ito):

- talakayin ang iyong impormasyon, mga benepisyo sa pangangalagang pangkalusugan, pangangalaga at paggamot, at mga claim sa L.A. Care sa ngalan mo.
- magsumite ng mga kahilingan o pagbabago tungkol sa iyong planong pangkalusugan, mga manggagamot, at grupong medikal sa ngalan mo;
- maghain ng karaingan sa L.A. Care sa ngalan mo. Para sa L.A. Care Medicare Plus DSNP, limitado ang form na ito sa isang taon mula sa petsa ng paglagda nito.
- kumuha ng iyong Personal na Impormasyong Pangkalusugan (Personal Health Information, PHI) mula sa L.A. Care. Maaring kabilang dito ang impormasyong pangkalusugan tulad ng pag-abuso sa droga at alak, kalusugan ng isip, kalusugan ng pag-uugali, genetikong pagsusuri at katayuan sa HIV/AIDS. Sa sandaling mailabas, maaring hindi na protektado ng mga batas sa pagkapribado ang impormasyon at maaaring ilantad ng kinatawan nang wala ang iyong pahintulot.

Dapat ginawa ng mga miyembro ang:

- pagsuri at pagkompleto sa form bago lagdaan.
- pagbigay ng lahat ng impormasyong kailangan ng L.A. Care.
- pag-unawa na walang responsibilidad ang L.A. Care at ang Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan ng Estado ng CA para sa mga aksyon ng pinahintulutang kinatawan, o sa kung ano kanilang gagawin sa impormasyong natanggap nila.
- pag-unawa na hindi makakaapekto ang pagpapawalang-bisa sa anumang aksyong ginawa, o anumang impormasyong nailabas, batay sa Pagpapahintulot na ito bago maproseso ng L.A. Care ang kahilingan na ipawalang-bisa.

May karapatan ang mga miyembro na:

- magtalaga ng sinumang tao na edad 18 taong gulang pataas bilang pinahintulutang kinatawan.
- i-update o ipawalang-bisa ang pagpapahintulot na ito anumang oras gamit ang nakasulat na kahilingan sa L.A. Care.
- humiling ng kopya ng form na ito at ng impormasyong ginamit o ibinahagi sa pamamagitan ng pagpapahintulot na ito.

Mga Paghihigpit:

- Kikilalanin ang pagpapahintulot na ito sa loob ng isang taon mula sa petsang nilagdaan maliban kung ipawalang-bisa nang mas maaga sa pamamagitan ng sulat.
- Kung may ginawang mga pagbabago sa form, kakailanganin ng miyembro na muling bigyan ng pahintulot/muling ipanotaryo ang form.
- Awtomatikong magtatapos ang pagpapahintulot na ito pagkatapos ng 120 araw na hindi na nakatala ang miyembro sa L.A. Care.

Nauunawaan ko na ang aking paggamot, pagbabayad, pagpapatala, o pagiging karapat-dapat para sa mga benepisyo ay hindi maaapektuhan kung lalagdaan ko man o hindi ang form na ito.

Petsa Ngayong Araw	Nakasulat na Pangalan ng Miyembro	Lagda ng Miyembro
Petsa Ngayong Araw	Itinalagang Kinatawan #1	Lagda
Petsa Ngayong Araw	Itinalagang Kinatawan #2	Lagda

Ibalik ang form sa:

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

Walang bayad na FAX: 1.844.657.7272 - Isa itong protektadong numero ng fax. Maaari kang maglagay ng cover sheet na may nakasulat na "Confidential (Kumpidensyal)". Mangyaring maging maingat kapag ipina-fax ang Protektadong Impormasyong Pangkalusugan (PHI).

Para mag-download ng kopya ng form na ito, mangyaring bumisita sa lacare.org. Para sa mga tanong tungkol sa form na ito o kung paano isumite ang form na ito, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1.888.839.9909 (TTY 711)**. Available kami nang 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag na ito.

Makukuha mo ang form na ito nang libre sa Arabic, Armenian, Chinese, Farsi, Khmer, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, Vietnamese o iba pang format, tulad ng malalaking print, braille, o audio. Tumawag sa **1.833.522.3767**. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY/TDD sa **711**. Bukas kami nang 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Libre ang pagtawag.