



## MẪU ĐƠN NGƯỜI ĐẠI DIỆN ĐƯỢC ỦY QUYỀN

Tên của Hội Viên:	Chữ Cái Đầu Tên Đệm:	Họ:	
Địa Chỉ:	Thành Phố:	Tiểu Bang:	Mã Zip:
Email:	Số Điện Thoại Nhà:	Số Điện Thoại Di Động:	
Số Nhận Dạng của Hội Viên:		Ngày Sinh (Tháng/Ngày/Năm):	

**Mục đích của mẫu đơn này là:**

- Chỉ định người đại diện hành động thay cho tôi (có thể đưa ra những thay đổi)
- Cho phép người đại diện tiếp cận thông tin của tôi (chỉ tiếp cận, không được thay đổi)
- Hủy bỏ việc chỉ định người đại diện hiện có

Tên của Người Đại Diện Thứ Nhất:	Chữ Cái Đầu Tên Đệm:	Họ:	
Địa Chỉ:	Thành Phố:	Tiểu Bang:	Mã Zip:
Email:	Số Điện Thoại Nhà:	Số Điện Thoại Di Động:	

**Mối quan hệ với Hội Viên:**

**Mục đích của việc chỉ định này là:**

- Dành cho tất cả các mục đích liên quan đến tư cách hội viên của tôi đối với quyền lợi chương trình bảo hiểm sức khỏe của tôi.

**Chỉ dành cho (đánh dấu tất cả các lựa chọn áp dụng):**

- Y Tế (ví dụ: quản lý việc chăm sóc, cho phép, chuyên chở)
- Ghi Danh (ví dụ: tính hội đủ điều kiện)
- Phí Bảo Hiểm/Tài Chính (ví dụ: tiền trả hàng tháng, bản Giải Thích Quyền Lợi)
- Yêu Cầu Thanh Toán (ví dụ: lập hóa đơn)
- Phàn Nàn/Khiếu Nại (như việc đệ trình than phiền hay khiếu nại)
- Dịch Vụ Nhạy Cảm (như Vi-rút Gây Suy Giảm Miễn Dịch ở Người/Hội Chứng Suy Giảm Miễn Dịch Mắc Phải (Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome, HIV/AIDS), thai kỳ, bệnh lây truyền qua đường tình dục)

**Sự ủy quyền này có hiệu lực:** Từ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ đến \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Cho đến khi tôi không còn ghi danh với chương trình.**\*Lưu ý:** Với Medicare Plus DSNP, việc chỉ định để Phàn Nản/Khiếu Nại chỉ có hiệu lực trong 1 năm kể từ ngày ký.**Mục đích của mẫu đơn này là:** Chỉ định người đại diện hành động thay cho tôi (có thể đưa ra những thay đổi) Cho phép người đại diện tiếp cận thông tin của tôi (chỉ tiếp cận, không được thay đổi) Hủy bỏ việc chỉ định người đại diện hiện có**Tên của Người Đại Diện Thứ Hai:****Chữ Cái Đầu  
Tên Đệm:****Họ:****Địa Chỉ:****Thành Phố:****Tiểu Bang:****Mã Zip:****Email:****Số Điện Thoại Nhà:****Số Điện Thoại Di Động:****Mối quan hệ với Hội Viên:****Mục đích của việc chỉ định này là:** Dành cho tất cả các mục đích liên quan đến tư cách hội viên của tôi đối với quyền lợi chương trình bảo hiểm sức khỏe của tôi.**Chỉ dành cho (đánh dấu tất cả các lựa chọn áp dụng):** Y Tế (ví dụ: quản lý việc chăm sóc, cho phép, chuyên chở) Ghi Danh (ví dụ: tính hội đủ điều kiện) Phí Bảo Hiểm/Tài Chính (ví dụ: tiền trả hàng tháng, bản Giải Thích Quyền Lợi) Yêu Cầu Thanh Toán (ví dụ: lập hóa đơn) Phàn Nản/Khiếu Nại (ví dụ: đệ trình than phiền hay khiếu nại) Dịch Vụ Nhạy Cảm (như HIV/AIDS, thai kỳ, bệnh lây truyền qua đường tình dục)**Sự ủy quyền này có hiệu lực:** Từ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ đến \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Cho đến khi tôi không còn ghi danh với chương trình.**\*Lưu ý:** Với Medicare Plus DSNP, việc chỉ định để Phàn Nản/Khiếu Nại chỉ có hiệu lực trong 1 năm kể từ ngày ký.**Giấy tờ tùy thân của hội viên được kèm theo (Một bản sao của một trong những giấy tờ sau đây):** Giấy Phép Lái Xe Hoa Kỳ Hợp Lệ Thẻ Nhận Dạng Hợp Lệ của Bộ Xe Cơ Giới (Department of Motor Vehicles, DMV)  Giấy Khai Sinh Hộ Chiếu/Thẻ Nhận Dạng  Thẻ Nhận Dạng Có Ảnh Do Chính Phủ Cấp Khác \_\_\_\_\_**Trong trường hợp không kèm theo giấy tờ tùy thân, chữ ký phải được công chứng.****Vui lòng đóng dấu ở đây. Chưa chính thức nếu không có dấu của Công Chứng Viên.****\*L.A. Care không cung cấp hoặc đài thọ dịch vụ công chứng, lệ phí có thể áp dụng\***\_\_\_\_\_  
**Công chứng bởi**\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Ngày (Tháng/Ngày/Năm)**

**Nếu một người khác mà không phải hội viên hoàn tất mẫu đơn này, vui lòng hoàn tất mục này với thông tin của quý vị và ký thay cho hội viên ở trang cuối. Quý vị là:**

Phụ Huynh của Trẻ Em    Người Giám Hộ    Người Bảo Vệ    Quản Trị Viên Tài Sản

Người thi hành di chúc    Khác \_\_\_\_\_

**Phải đính kèm một bản sao giấy tờ Pháp Lý để xác minh quý vị là Phụ Huynh, Người Bảo Vệ, Người Giám Hộ, Người Thi Hành Di Chúc của Người Quá Cố hoặc Có Thẩm Quyền Đưa Ra Quyết Định Y Tế cho hội viên đó.**

<b>Tên của Hội Viên:</b>		<b>Chữ Cái Đầu Tên Đệm:</b>		<b>Họ:</b>	
<b>Địa Chỉ:</b>		<b>Thành Phố:</b>		<b>Tiểu Bang:</b>	<b>Mã Zip:</b>
<b>Email:</b>		<b>Số Điện Thoại Nhà:</b>		<b>Số Điện Thoại Di Động:</b>	
<b>Mối quan hệ với Hội Viên:</b>					

**Sự Ủy Quyền này cho phép người đại diện được chỉ định (như được chọn trên mẫu đơn này):**

- thay mặt quý vị thảo luận về thông tin, quyền lợi chăm sóc sức khỏe, việc chăm sóc và điều trị cũng như yêu cầu thanh toán của quý vị với L.A. Care.
- thay mặt quý vị gửi các yêu cầu hoặc những thay đổi về chương trình bảo hiểm sức khỏe, bác sĩ và nhóm y tế của quý vị;
- thay mặt quý vị đệ trình phàn nàn lên L.A. Care. Với L.A. Care Medicare Plus DSNP, mẫu đơn này có giới hạn hiệu lực trong vòng một năm kể từ ngày ký.
- thu thập Thông Tin Sức Khỏe Cá Nhân (Personal Health Information, PHI) của quý vị từ L.A. Care. Thông tin này có thể bao gồm thông tin sức khỏe, như lạm dụng dược chất, sức khỏe tinh thần, sức khỏe hành vi, xét nghiệm di truyền và tình trạng HIV/AIDS. Sau khi được tiết lộ, có thể thông tin sẽ không còn được bảo vệ bởi luật riêng tư và có thể được người đại diện tiết lộ thêm mà không cần sự ủy quyền của quý vị.

**Hội viên phải:**

- xem lại và hoàn thành mẫu đơn này trước khi ký tên.
- cung cấp tất cả thông tin theo yêu cầu của L.A. Care.
- hiểu rằng L.A. Care và Ban Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Tiểu Bang CA không chịu trách nhiệm về hành động của người đại diện được ủy quyền hoặc những gì họ làm với thông tin họ nhận được.
- hiểu rằng việc hủy bỏ sẽ không ảnh hưởng đến bất kỳ hành động nào được thực hiện hay bất cứ thông tin nào đã được tiết lộ theo bản Ủy Quyền này trước khi L.A. Care xử lý yêu cầu hủy bỏ.

**Hội Viên có quyền:**

- chỉ định bất kỳ người nào trên 18 tuổi làm người đại diện được ủy quyền.
- cập nhật hoặc hủy bỏ sự ủy quyền này bất cứ lúc nào bằng cách gửi văn bản yêu cầu đến L.A. Care.
- yêu cầu cung cấp bản sao của mẫu đơn này và thông tin được sử dụng hoặc chia sẻ theo sự ủy quyền này.

**Hạn Chế:**

- Sự ủy quyền này được công nhận trong thời gian một năm kể từ ngày ký trừ khi được hủy bỏ sớm hơn bằng văn bản.
- Trong trường hợp có thay đổi đối với mẫu đơn này, hội viên cần phải tái ủy quyền/tái công chứng mẫu đơn.
- Sự ủy quyền này sẽ tự động kết thúc trong vòng 120 ngày sau khi hội viên không còn ghi danh tại L.A. Care nữa.

Tôi hiểu rằng hoạt động điều trị, thanh toán, ghi danh hoặc tính hội đủ điều kiện hưởng quyền lợi của tôi không chịu ảnh hưởng bởi việc tôi có ký tên vào mẫu đơn này hay không.

Ngày Hôm Nay	Viết In Hoa Tên Hội Viên	Chữ Ký của Hội Viên
Ngày Hôm Nay	Người Đại Diện Được Chỉ Định 1	Chữ ký
Ngày Hôm Nay	Người Đại Diện Được Chỉ Định 2	Chữ ký

**Gửi mẫu đơn về:**

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

**FAX miễn cước: 1.844.657.7272** - Đây là số fax an toàn. Quý vị có thể gửi kèm một tờ bìa ghi "Confidential" (Bảo mật). Vui lòng chuyển fax Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ (PHI) một cách thận trọng.

Để tải về bản sao của mẫu đơn này, vui lòng truy cập [lacare.org](http://lacare.org). Nếu có thắc mắc về mẫu đơn này hoặc cách gửi mẫu đơn này, vui lòng liên hệ với ban Dịch Vụ Hội Viên theo số **1.888.839.9909** (TTY **711**). Chúng tôi làm việc 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Cuộc gọi này được miễn cước.

Quý vị có thể nhận mẫu đơn này miễn phí bằng Tiếng Ả-rập, Tiếng Armenia, Tiếng Hoa, Tiếng Ba Tư, Tiếng Khmer, Tiếng Hàn, Tiếng Nga, Tiếng Tây Ban Nha, Tiếng Tagalog, Tiếng Việt hay hình thức khác, như bản in cỡ chữ lớn, chữ nổi braille hay dạng âm thanh. Gọi số **1.833.522.3767**. Người dùng TTY/TDD cần gọi số **711**. Chúng tôi làm việc 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Cuộc gọi này được miễn cước.