



نموذج ممثل مفوض

الاسم الأول للعضو:		الحرف الأول من الاسم الأوسط:		اسم العائلة:	
عنوان الشارع:		المدينة:		الولاية:	
البريد الإلكتروني:		رقم هاتف المنزل:		رقم الهاتف الخليوي:	
رقم معرف العضو:		تاريخ الميلاد (شهر / يوم / سنة):			
هذا النموذج من أجل: <input type="checkbox"/> تعيين ممثل للتصرف نيابة عني (يسمح له بإجراء تغييرات) <input type="checkbox"/> السماح للممثل بالوصول إلى معلوماتي (الوصول فقط، لا يُسمح له بإجراء تغييرات)					
الممثل الأول: الاسم الأول:		الحرف الأول من الاسم الأوسط:		اسم العائلة:	
عنوان الشارع:		المدينة:		الولاية:	
البريد الإلكتروني:		رقم هاتف المنزل:		رقم الهاتف الخليوي:	
العلاقة بالعضو:		تاريخ الميلاد (شهر / يوم / سنة):			
هذا التعيين: <input type="checkbox"/> لجميع الأغراض المتعلقة بعضويتي في مزايي خطتي الصحية. فقط لهذه الأغراض (اختر كل ما ينطبق): <input type="checkbox"/> الخدمات الطبية (مثل إدارة الرعاية والتوصيات والنقل) <input type="checkbox"/> التسجيل (مثل الأهلية) <input type="checkbox"/> قسط التأمين/الأمور المالية (مثل، المدفوعات الشهرية، شرح المزايي) <input type="checkbox"/> المطالبات (مثل الفواتير) <input type="checkbox"/> التظلم/الطعن (مثل تقديم شكوى أو طعن) <input type="checkbox"/> الخدمات الحساسة (مثل فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، والحمل، والأمراض المنقولة جنسيًا)					

يسري هذا التفويض:

من _____ / _____ / _____ إلى _____ / _____ / _____

إلى أن أصبح غير مسجل بالخطأ.

*ملاحظة: بالنسبة لـ Medicare Plus DSNP، فإن التعيين بخصوص التطعيم/الطعن يكون ساريًا لمدة عام من تاريخ التوقيع على ذلك التعيين فقط.

هذا النموذج:

تعيين ممثل للتصرف نيابة عني (يُسمح له بإجراء تغييرات)

السماح للممثل بالوصول إلى معلوماتي (الوصول فقط، لا يُسمح له بإجراء تغييرات)

الممثل الثاني: الاسم الأول:

الحرف الأول من الاسم الأوسط:

اسم العائلة:

عنوان الشارع:

المدينة:

الولاية:

الرمز البريدي:

البريد الإلكتروني:

رقم هاتف المنزل:

رقم الهاتف الخليوي:

العلاقة بالعضو:

تاريخ الميلاد (شهر / يوم / سنة):

هذا التعيين من أجل:

لجميع الأغراض المتعلقة بعضويتي في مزايي خطتي الصحية.

فقط لهذه الأغراض (اختر كل ما ينطبق):

الخدمات الطبية (مثل إدارة الرعاية والتوصيات والنقل)

التسجيل (مثل الأهلية)

قسط التأمين/الأمور المالية (مثل، المدفوعات الشهرية، شرح المزايي)

المطالبات (مثل الفواتير)

التطعيم/الطعن (مثل تقديم شكوى أو طعن)

الخدمات الحساسة (مثل فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، والحمل، والأمراض المنقولة جنسيًا)

يسري هذا التفويض:

من _____ / _____ / _____ إلى _____ / _____ / _____

إلى أن أصبح غير مسجل بالخطأ.

*ملاحظة: بالنسبة لـ Medicare Plus DSNP، فإن التعيين بخصوص التطعيم/الطعن يكون ساريًا لمدة عام من تاريخ التوقيع على ذلك التعيين فقط.

وثائق تحديد هوية العضو المرفقة (نسخة من أحد الوثائق التالية):

رخصة قيادة أمريكية سارية بطاقة تعريف صادرة عن إدارة المركبات الآلية (DMV) سارية المفعول شهادة الميلاد

جواز سفر / بطاقة هوية بطاقة هوية صادرة عن الحكومة تحمل صورة

أخرى

وإذا لم يتم إرفاق أي وثيقة إثبات هوية، يجب توثيق التوقيع أمام الكاتب العدل.

يرجى وضع طابع بريدي هنا. لا تكون الوثيقة رسمية ما لم يتم ختمها من قبل الكاتب العدل.
خدمات الكاتب العدل لا يتم تقديمها أو تغطيتها من قبل L.A. Care، يجوز أن يتم تطبيق رسوم

توثيق الكاتب العدل بواسطة

التاريخ (شهر / يوم / سنة)

في حالة إذا كان هناك شخص آخر غير العضو يقوم بملء هذا النموذج، أكمل هذا القسم بمعلوماتك ووقع نيابة عن العضو في الصفحة الأخيرة.

الاسم الأول:	الحرف الأول من الاسم الأوسط:	اسم العائلة:
عنوان الشارع:	المدينة:	الولاية:
البريد الإلكتروني:	رقم هاتف المنزل:	رقم الهاتف الخليوي:
العلاقة بالعضو:	تاريخ الميلاد (شهر / يوم / سنة):	

يجب تقديم نسخة من الوثائق القانونية لإثبات أنك أحد العناصر التالية:
 ولي أمر القاصر الوصي الأمين حامل وكالة عامة
 أخرى

يجب أيضًا تقديم نسخة من وثائق تحديد الهوية الخاصة بك:
 رخصة قيادة أمريكية سارية بطاقة تعريف صادرة عن إدارة المركبات الآلية (DMV) سارية المفعول شهادة الميلاد
 جواز سفر / بطاقة هوية بطاقة هوية صادرة عن الحكومة تحمل صورة

يسمح هذا التفويض للممثل المذكور (على النحو المحدد في هذا النموذج) بما يلي:

- مناقشة معلوماتك ومزايا الرعاية الصحية والرعاية والعلاج والمطالبات مع L.A. Care نيابة عنك.
- تقديم الطلبات أو طلب التغييرات بخصوص خطتك الصحية والأطباء والمجموعة الطبية نيابة عنك.
- تقديم تظلم إلى L.A. Care نيابة عنك. بالنسبة لـ L.A. Care Medicare Plus DSNP، يقتصر هذا النموذج على عام واحد من تاريخ التوقيع عليه.
- الحصول على معلوماتك الصحية الشخصية (PHI) من L.A. Care. ويجوز أن يشمل ذلك معلومات صحية مثل تعاطي المخدرات والصحة العقلية والصحة السلوكية والاختبارات الجينية وحالة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. وبمجرد الإفصاح عن تلك المعلومات، فإنها لا تصبح محمية بموجب قوانين الخصوصية، ويجوز الإفصاح عنها بعد ذلك من قبل الممثل دون تصريح منك.

يجب عليك:

- مراجعة واستيفاء النموذج قبل التوقيع.
- تقديم جميع المعلومات التي طلبتها L.A. Care.
- فهم أن L.A. Care وإدارة خدمات الرعاية الصحية بولاية كاليفورنيا غير مسؤولين عن إجراءات الممثل المعتمد، أو ما يفعله ذلك الممثل بالمعلومات التي يحصل عليها.
- فهم أن الإلغاء لن يؤثر على أي إجراء تم اتخاذه أو أي معلومات تم الإفصاح عنها بالفعل، بناءً على هذا التفويض قبل معالجة طلب الإلغاء من قبل L.A. Care.

لديك الحق في:

- تعيين أي شخص فوق سن 18 عامًا كممثل معتمد.
- تحديث هذا التفويض أو إلغاؤه في أي وقت بموجب طلب كتابي تقدمه إلى L.A. Care.
- طلب نسخة من هذا النموذج والمعلومات المستخدمة أو المشتركة بموجب هذا التفويض.

القيود:

- يكون هذا التفويض معترفًا به لمدة عام من تاريخ التوقيع عليه ما لم يتم إلغاؤه كتابيًا في وقت سابق.
- في حالة إجراء أي تغييرات على النموذج، فسيتعين على العضو إعادة التفويض /إعادة توثيق النموذج أمام الكاتب العدل.
- تنتهي صلاحية هذا التفويض تلقائيًا بعد 120 يومًا من انتهاء تسجيل العضو في L.A. Care.

أفهم أن علاجي أو مدفوعاتي أو تسجيلي أو أهليتي للحصول على المزايا التأمينية لا تتأثر بما إذا كنت قد وقعت على هذا النموذج أم لا.

تاريخ اليوم	اسم العضو بأحرف واضحة	توقيع العضو
تاريخ اليوم	الممثل المعين رقم 1	التوقيع
تاريخ اليوم	الممثل المعين رقم 2	التوقيع

إرجاع النموذج إلى:

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

رقم الفاكس المجاني: 1.844.657.7272 - هذا الرقم رقم فاكس مؤمن. يمكنك تضمين صفحة غلاف، تكتب عليها كلمة "سري". يُرجى توخي الحذر عند إرسال المعلومات الصحية المحمية (PHI) عبر الفاكس.

لتنزيل نسخة من هذا النموذج، يُرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.lacare.org. للاستفسارات المتعلقة بهذا النموذج أو كيفية تقديم هذا النموذج، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم (TTY 711) 1.888.839.9909. نحن متواجدون على مدار 24 ساعة يوميًا، 7 أيام في الأسبوع، (بما في ذلك أيام العطلات). علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.

يمكنك الحصول على هذا النموذج مجانًا باللغات العربية والأرمنية والصينية والفارسية والخميرية والكورية والروسية والإسبانية والتاغالوغية والفيتنامية؛ أو بتنسيقات أخرى مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو بطريقة برايل أو كمواد سمعية. اتصل على رقم 1.833.522.3767. يستطيع مستخدمو أجهزة TTY/TDD الاتصال على الرقم 711. تسرنا خدمتك على مدار 24 ساعة يوميًا، 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك أيام العطلات. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.