



ԼԻԱԶՈՐՎԱԾ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑՉԻ ՁԵՎԱԹՈՒՂԹ

Անդամի անունը՝	ՄԻՋԻՆ ԱՆՈՒՆ՝	Ազգանուն՝	
Փողոցի հասցե՝	Քաղաք՝	Նահանգ՝	Փոստային դասիչ՝
Էլփոստ՝	Տան հեռախոսահամար՝	Բջջային հեռախոսահամար՝	
Անդամի նույնականացման համար (ID)՝		Ծննդյան ամսաթիվ (ԱՄԻՍ/ՕՐ/ՏԱՐԻ)՝	
<p>Այս ձևաթուղթը նախատեսված է՝</p> <p><input type="checkbox"/> Ներկայացուցիչ նշանակելու՝ իմ անունից գործելու համար (կարող է փոփոխություններ կատարել)</p> <p><input type="checkbox"/> Թույլ տալու, որ ներկայացուցիչը մուտք ունենա իմ տվյալներին (միայն մուտք, չի կարող փոփոխություններ կատարել)</p>			
1-ին ներկայացուցչի անունը՝	ՄԻՋԻՆ ԱՆՈՒՆ՝	Ազգանուն՝	
Փողոցի հասցե՝	Քաղաք՝	Նահանգ՝	Փոստային դասիչ՝
Էլփոստ՝	Տան հեռախոսահամար՝	Բջջային հեռախոսահամար՝	
Հարաբերությունը անդամի հետ՝		Ծննդյան ամսաթիվ (ԱՄԻՍ/ՕՐ/ՏԱՐԻ)՝	

Այս նշանակումը նախատեսված է հետևյալի համար՝

Իմ առողջապահական ծրագրի նպաստներին իմ անդամակցության հետ կապված բոլոր նպատակների համար:

Միայն հետևյալի համար (նշեք բոլոր կիրառելի տարբերակները).

- Բժշկական (օրինակ՝ խնամքի կառավարում, լիազորություններ, փոխադրում)
- Անդամագրում (օրինակ՝ իրավունակություն)
- Ապահովագիծ/Ֆինանսական (օրինակ՝ ամսական վճարումներ, նպաստների բացատրություն)
- Հայցեր (օրինակ՝ գանձում)
- Բողոք/բողոքարկում (օրինակ՝ գանգատ կամ բողոքարկում ներկայացնել)
- Զգայուն ծառայություններ (օրինակ՝ ՄԻԱՎ/ԶԻԱՀ, հղիություն, սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդություններ)

Այս լիազորությունը կամավոր է:

____/____/____ -ից ____/____/____

Մինչև որ ես այլևս անդամագրված չլինեմ ծրագրին:

***Նշում.** Medicare Plus DSNP-ի համար բողոքի/բողոքարկման ժամադրությունը ուժի մեջ է մտնում միայն ստորագրված ամսաթվից հետո 1 տարվա ընթացքում:

Այս ձևաթուղթը նախատեսված է՝

- ներկայացուցիչ նշանակելու՝ իմ անունից գործելու համար (կարող է փոփոխություններ կատարել)
- Թույլ տալու, որ ներկայացուցիչը մուտք ունենա իմ տվյալներին (միայն մուտք, չի կարող փոփոխություններ կատարել)

2-րդ ներկայացուցչի անունը՝	ՄԻՋԻՆ ԱՆՈՒՆ՝	Ազգանուն՝	
Փողոցի հասցե՝	Քաղաք՝		Նահանգ՝
Էլփոստ՝	Տան հեռախոսահամար՝		Փոստային դասիչ՝
Հարաբերությունը անդամի հետ՝		Ծննդյան ամսաթիվ (ԱՄԻՍ/ՕՐ/ՏԱՐԻ)՝	

Այս նշանակումը նախատեսված է հետևյալի համար՝

Իմ առողջապահական ծրագրի նպաստներին իմ անդամակցության հետ կապված բոլոր նպատակների համար:

Միայն հետևյալի համար (նշեք բոլոր կիրառելի տարբերակները)՝

- Բժշկական (օրինակ՝ խնամքի կառավարում, լիազորություններ, փոխադրում)
- Անդամագրում (օրինակ՝ իրավունակություն)
- Ապահովագիծ/Ֆինանսական (օրինակ՝ ամսական վճարումներ, նպաստների բացատրություն)
- Հայցեր (օրինակ՝ գանձում)
- Բողոք/բողոքարկում (օրինակ՝ գանգատ կամ բողոքարկում ներկայացնել)
- Զգայուն ծառայություններ (օրինակ՝ ՄԻԱՎ/ԶԻԱՀ, հղիություն, սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդություններ)

Այս լիազորությունը կամավոր է:

____/____/_____-ից ____/____/_____

Մինչև որ ես այլևս անդամագրված չլինեմ ծրագրին:

*Նշում. Medicare Plus DSNP-ի համար բողոքի/բողոքարկման ժամադրությունը ուժի մեջ է մտնում միայն ստորագրված ամսաթվից հետո 1 տարվա ընթացքում:

Անդամի նույնականացման փաստաթղթերը կցված են (Հետևյալից մեկի պատճենը)՝

ԱՄՆ վավեր վարորդական իրավունքի վկայական Վավեր DMV նույնականացման քարտ

Ծննդյան վկայական Անձնագիր/նույնականացման (ID) քարտ

Կառավարության կողմից տրված նույնականացման քարտ լուսանկարով

Այլ _____

Եթե անձը հաստատող փաստաթուղթ չի տրամադրվում, ստորագրությունը պետք է վավերացվի նոտարական կարգով:

Խնդրում ենք այստեղ դրոշմակնիք դնել: Պաշտոնական չէ,
եթե հաստատված չէ հանրային նոտարի կողմից:

Նոտարական ծառայությունները չեն մատուցվում կամ չեն ապահովագրվում L.A. Care ծրագրով, կարող են կիրառվել լրացուցիչ վճարներ

_____/_____/_____
Նոտարի կողմից վավերացված Ամսաթիվը (ԱՄԻՍ/ՕՐ/ՏԱՐԻ)

Եթե անդամից բացի որևէ մեկը լրացնում է այս ձևաթուղթը, լրացրեք այս բաժինը Ձեր տվյալներով և ստորագրեք անդամի անունից վերջին էջում:

Անուն՝	ՄԻՋԻՆ ԱՆՈՒՆ՝	Ազգանուն՝	
Փողոցի հասցե՝	Քաղաք՝	Նահանգ՝	Փոստային դասիչ՝
Էլփոստ՝	Տան հեռախոսահամար՝	Բջջային հեռախոսահամար՝	
Հարաբերությունը անդամի հետ՝		Ծննդյան ամսաթիվ (ԱՄԻՍ/ՕՐ/ՏԱՐԻ)՝	

Օրինական փաստաթղթերի պատճենը պետք է ներկայացվի՝ հաստատելու, որ Դուք հետևյալից մեկն եք.

- Անչափահասի ծնող Խնամակալ Ձեր անունից գործելու իրավունք ունեցող անձ Լիազորագիր
- Այլ _____

Պետք է ներկայացվի նաև Ձեր նույնականացման փաստաթղթերի պատճենը՝

- ԱՄՆ վավեր վարորդական իրավունքի վկայական Վավեր DMV նույնականացման քարտ
- Ծննդյան վկայական Անձնագիր/նույնականացման (ID) քարտ
- Կառավարության կողմից տրված նույնականացման քարտ լուսանկարով

Այս լիազորությունը նշված ներկայացուցչին թույլ է տալիս կատարել հետևյալը (ինչպես ընտրված է այս ձևաթղթում).

- Ձեր անունից L.A. Care Health Plan-ի հետ քննարկել Ձեր տեղեկությունները, առողջապահական նպաստները, խնամքը և բուժումը և հայցերը:
- Ձեր անունից ներկայացնել հարցումներ կամ փոփոխություններ Ձեր առողջապահական ծրագրի, բժիշկների և բժշկական խմբի վերաբերյալ:
- Ձեր անունից բողոք ներկայացնել L.A. Care-ին: L.A. Care Medicare Plus DSNP-ի համար այս ձևաթուղթը սահմանափակվում է դրա ստորագրման ամսաթվից մեկ տարով:
- Ստանալ Ձեր Անձնական առողջապահական տեղեկությունները (PHI) L.A. Care Health Plan-ից: Սա կարող է ներառել առողջության մասին տեղեկություններ, ինչպիսիք են թմրամիջոցների չարաշահումը, հոգեկան առողջությունը, վարքագծային առողջությունը, գենետիկական թեստը և ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի կարգավիճակը: Հրապարակվելուց հետո այս տեղեկատվությունը կարող է այլևս պաշտպանված չլինել գաղտնիության մասին օրենքներով և կարող է հետագայում բացահայտվել ներկայացուցչի կողմից՝ առանց Ձեր թույլտվության:

Դուք պետք է.

- ուսումնասիրեք և լրացնեք ձևաթուղթը նախքան ստորագրելը:
- տրամադրեք բոլոր տեղեկությունները, որոնք պահանջվում են L.A. Care-ից:
- հասկանաք, որ L.A. Care-ը և Կալիֆորնիայի նահանգի Առողջապահական խնամքի ծառայությունների վարչությունը պատասխանատվություն չեն կրում լիազոր ներկայացուցչի գործողությունների կամ այն ամենի համար, ինչ նրանք անում են իրենց ստացած տեղեկատվության հետ:
- Հասկանաք, որ չեղարկումը չի ազդի որևէ կատարված գործողության կամ որևէ տեղեկատվության վրա, որն արդեն հրապարակվել է սույն Լիազորության ներքո, մինչև չեղյալ համարելու խնդրանքը չմշակվի L.A. Care-ի կողմից:

Դուք իրավունք ունեք.

- որպես լիազոր ներկայացուցիչ նշանակել 18 տարեկանից բարձր ցանկացած անձի:
- ցանկացած պահի թարմացնել կամ չեղարկել այս լիազորությունը՝ գրավոր խնդրանք ներկայացնելով L.A. Care-ին:
- պահանջել այս ձևաթղթի և սույն լիազորության ներքո օգտագործված կամ տարածված տեղեկատվության պատճենը:

Սահմանափակումներ.

- Սույն լիազորությունն ուժի մեջ է մտնում դրա ստորագրման ամսաթվից մեկ տարվա ընթացքում, եթե ավելի վաղ գրավոր չեղյալ չի հայտարարվի:
- Եթե ձևաթղթում փոփոխություններ են կատարվում, անդամը պետք է վերահաստատի/նոտարի կողմից վավերացնի ձևաթուղթը:
- Այս լիազորությունն ինքնաբերաբար ավարտվում է 120 օր հետո, երբ անդամն այլևս L.A. Care-ի անդամ չէ:

Ես հասկանում եմ, որ իմ բուժումը, վճարումը, անդամագրումը կամ նպաստների իրավունքը կախված չեն նրանից, թե արդյոք ես ստորագրում եմ կամ չեմ ստորագրում սույն ձևաթուղթը:

Այսօրվա ամսաթիվը	Անդամի տպագիր անունը	Անդամի ստորագրությունը
Այսօրվա ամսաթիվը	Նշանակված 1-ին ներկայացուցիչ	Ստորագրություն
Այսօրվա ամսաթիվը	Նշանակված 2-րդ ներկայացուցիչ	Ստորագրություն

Ձևաթուղթը վերադարձրեք հետևյալ հասցեով՝

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

Անվճար \$ԱՔՄ՝ 1.844.657.7272 Սա ապահով ֆաքսի համար է: Դուք կարող եք ներառել կազմ, որի վրա նշված է «Գաղտնի»: Խնդրում ենք զգույշ լինել, երբ ֆաքսով ուղարկում եք Պաշտպանված առողջապահական տեղեկատվություն (PHI):

Այս ձևաթղթի պատճենը ներբեռնելու համար խնդրում ենք այցելել www.lacare.org: Եթե հարցեր ունեք այս ձևաթղթի վերաբերյալ կամ այն մասին, թե ինչպես ներկայացնել այս ձևաթուղթը, խնդրում ենք կապվել Անդամների սպասարկման բաժնի հետ՝ **1.888.839.9909** (TTY 711) հեռախոսահամարով: Մենք հասանելի ենք օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Այս հեռախոսազանգն անվճար է:

Այս ձևաթուղթը կարող եք անվճար ստանալ արաբերեն, հայերեն, չինարեն, պարսկերեն, քմերերեն, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն, տազալերեն, վիետնամերեն կամ այլ ձևաչափերով, ինչպես օրինակ՝ խոշոր տպագիր, բրայլյան այբուբենով կամ ձայնագրված: Զանգահարեք **1.833.522.3767**: TTY/TDD-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **711** հեռախոսահամարով: Մենք աշխատում ենք օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր, ներառյալ տոնական օրերը: Հեռախոսազանգն անվճար է: