



## 授權代表表格

.....

會員名字：	中間名縮寫 (Middle Initial, MI)：	姓氏：	
街道地址：	城市：	州：	郵遞區號：
電子郵件：	住家電話號碼：	手機號碼：	
會員識別號碼：		出生日期(月/日/年)：	
<b>本表格是用於：</b> <input type="checkbox"/> 指定代表代本人行事(可進行變更) <input type="checkbox"/> 允許代表查閱本人的資訊(僅限查閱,不得進行變更)			
第 1 位代表名字：	MI：	姓氏：	
街道地址：	城市：	州：	郵遞區號：
電子郵件：	住家電話號碼：	手機號碼：	
與會員的關係：		出生日期(月/日/年)：	
<b>此指定之目的：</b> <input type="checkbox"/> 處理與本人健康計劃福利的會員資格有關的所有事宜。 <b>僅限處理 (請勾選所有適用選項)：</b> <input type="checkbox"/> 醫療服務 (例如護理管理、授權、交通運輸) <input type="checkbox"/> 參保 (例如資格) <input type="checkbox"/> 保費/財務 (例如每月付款、福利說明) <input type="checkbox"/> 索賠 (例如帳單) <input type="checkbox"/> 申訴/上訴 (例如提出投訴或上訴) <input type="checkbox"/> 敏感性服務 (例如人類免疫缺乏病毒/後天免疫缺乏症候群 [Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome, HIV/AIDS]、懷孕、性交傳染病)			

**此授權的有效期限：**

從 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 至 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

直到本人不再參保計劃為止。

**\*請注意：**針對 Medicare Plus DSNP, 指定授權代表處理申訴/上訴的有效期限自簽署日期起僅限 1 年。

**本表格是用於：**

指定代表代本人行事(可進行變更)

允許代表查閱本人的資訊(僅限查閱, 不得進行變更)

**第 2 位代表名字：**

**MI：**

**姓氏：**

**街道地址：**

**城市：**

**州：**

**郵遞區號：**

**電子郵件：**

**住家電話號碼：**

**手機號碼：**

**與會員的關係：**

**出生日期(月/日/年)：**

**此指定之目的：**

處理與本人健康計劃福利的會員資格有關的所有事宜。

**僅限處理 (請勾選所有適用選項)：**

醫療服務(例如護理管理、授權、交通運輸)

參保(例如資格)

保費/財務(例如每月付款、福利說明)

索賠(例如帳單)

申訴/上訴(例如提出投訴或上訴)

敏感性服務(例如 HIV/AIDS、懷孕、性交傳染病)

**此授權的有效期限：**

從 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 至 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

直到本人不再參保計劃為止。

**\*請注意：**針對 Medicare Plus DSNP, 指定授權代表處理申訴/上訴的有效期限自簽署日期起僅限 1 年。

**隨附的會員身分證明文件 (下列其中一項文件的影本)：**

有效美國駕駛執照  有效機動車輛管理局 (Department of Motor Vehicles, DMV) 身分證  出生證明

護照/身分證  政府核發的附照片身分證

其他 \_\_\_\_\_

**如果沒有附上身分證明, 簽名必須經公證人公證。**

**請在此處蓋章。若未經公證人蓋章, 則不具正式效力。  
\*L.A. Care 不提供也不承保公證服務, 可能需支付費用\***

\_\_\_\_\_  
**公證人**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**日期(月 / 日 / 年)**

如果本表格是由會員以外的人士填寫,請在此部分填寫您的資訊並在最後一頁代表會員簽名。

名字:	MI:	姓氏:	
街道地址:	城市:	州:	郵遞區號:
電子郵件:	住家電話號碼:	手機號碼:	
與會員的關係:			出生日期(月/日/年):

必須提交法律文件副本,以確認您具備以下其中一種身分:

- 未成年人的父母  監護人  保護人  授權代理人  
 其他 \_\_\_\_\_

您也必須提交您的身分證明文件副本:

- 有效美國駕駛執照  有效 DMV 身分證  出生證明  
 護照/身分證  政府核發的附照片身分證

**此授權可讓指定代表(按本表格中所選擇的方式):**

- 代表您與 L.A. Care 討論您的資訊、醫療保健福利、護理與治療以及索賠。
- 代表您提出與您健康計劃、醫師及醫療團體有關的申請或變更;
- 代表您向 L.A. Care 提出申訴。針對 L.A. Care Medicare Plus DSNP, 本表格的有效期限自簽署日期起僅限一年。
- 向 L.A. Care 取得您的個人健康資訊 (Personal Health Information, PHI)。其中可能包括像是物質濫用、心理健康、行為健康、基因檢測以及 HIV/AIDS 狀態等健康資訊。在資訊公開後,該資訊可能不再受隱私法的保護,且可能會在未獲得您授權的情況下遭到代表進一步披露。

**您必須:**

- 在簽名之前檢閱並填妥本表格。
- 提供 L.A. Care 規定的所有資訊。
- 瞭解 L.A. Care 和加州醫療保健服務部 (Department of Health Care Services) 對授權代表的行為或其如何處理獲得的資訊概不負責。
- 瞭解撤銷將不會影響在 L.A. Care 處理撤銷申請之前已根據本授權書所採取的任何行動或已公開的任何資訊。

**您有權:**

- 指定任何年滿 18 歲以上的人士作為授權代表。
- 向 L.A. Care 提出書面申請,以隨時更新或撤銷此授權書。
- 索取此授權書的副本以及根據此授權書而遭到使用或分享的資訊。

**限制:**

- 除非事先以書面方式撤銷,否則此授權自簽署日期起一年內有效。
- 如果對本授權書進行變更,會員將需重新授權/重新公證此表格。
- 本授權書將在會員不再參保 L.A. Care 後的 120 天自動終止。

本人瞭解, 無論本人是否簽署此表格, 本人的治療、給付、參保或福利資格均不會受到影響。

今天日期:	會員正楷姓名	會員簽名
今天日期:	指定代表 #1	簽名
今天日期:	指定代表 #2	簽名

**請將本表寄回:**

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

**免費傳真號碼: 1.844.657.7272** - 這是安全的傳真號碼。您可以附上標示「Confidential」(保密)的封頁。在傳真受保護的健康資訊 (Protected Health Information, PHI) 時, 請謹慎小心。

如欲下載本表格的副本, 請瀏覽 [www.lacare.org](http://www.lacare.org)。如對本表格或如何提交本表格有疑問, 請致電 **1.888.839.9909 (TTY 711)** 與會員服務部聯絡。我們每週 7 天, 每天 24 小時皆為您服務。這是免付費電話。

您可免費取得本表格的阿拉伯文版、亞美尼亞文版、中文版、波斯文版、高棉文版、韓文版、俄文版、西班牙文版、塔加拉文版、越南文版或其他格式, 例如大字版、盲文版或語音版。請致電 **1.833.522.3767**。TTY/TDD 使用者請致電 **711**。我們的營業時間為每週 7 天, 每天 24 小時。上述電話均為免費。