

فرم نماینده مجاز

نام عضو:		حرف اول نام وسط:		نام خانوادگی:	
نشانی خیابان:		شهر:		ایالت:	
ایمیل:		شماره تلفن منزل:		شماره تلفن همراه:	
شماره شناسه عضو:		تاریخ تولد (MM/DD/YYYY):			
<p>هدف از این فرم عبارت است از:</p> <input type="checkbox"/> تعیین یک نماینده برای اقدام از جانب من (که بتواند تغییر ایجاد کند) <input type="checkbox"/> اجازه دادن به یک نماینده برای دسترسی به اطلاعات من (فقط دسترسی دارد، اما نمی‌تواند تغییری ایجاد کند)					
نام نماینده اول:		حرف اول نام وسط:		نام خانوادگی:	
نشانی خیابان:		شهر:		ایالت:	
ایمیل:		شماره تلفن منزل:		شماره تلفن همراه:	
نوع رابطه با عضو:		تاریخ تولد (MM/DD/YYYY):			
<p>این قرار ویزیت برای موارد زیر است:</p> <input type="checkbox"/> برای همه اهداف مربوط به عضویت من در مزایای برنامه درمانی ام. <p>فقط برای (همه موارد مربوطه را علامت بزنید):</p> <input type="checkbox"/> پزشکی (برای مثال مدیریت مراقبت، مجوزها، حمل و نقل) <input type="checkbox"/> ثبت نام (برای مثال واجد شرایط بودن) <input type="checkbox"/> حق بیمه/مالی (برای مثال پرداخت ماهیانه، توضیح مزایا) <input type="checkbox"/> مطالبات (برای مثال صورت حساب) <input type="checkbox"/> نارضایتی/درخواست تجدیدنظر (برای مثال، تسلیم شکایت یا درخواست تجدیدنظر) <input type="checkbox"/> خدمات حساس (برای مثال HIV/AIDS، بارداری، بیماری‌های مقاربتی)					

این مجوز قابل اجرا است:

از _____ / _____ / _____ تا _____ / _____ / _____

تا زمانی که دیگر عضو برنامه نباشم.

*توجه: برای Medicare Plus DSNP، قرار ملاقات مربوط به نارضایتی/درخواست تجدیدنظر فقط برای 1 سال از تاریخ امضاء قابل اجرا است.

هدف از این فرم عبارت است از:

تعیین یک نماینده برای اقدام از جانب من (که بتواند تغییر ایجاد کند)

اجازه دادن به یک نماینده برای دسترسی به اطلاعات من (فقط دسترسی دارد، اما نمی‌تواند تغییری ایجاد کند)

نام نماینده دوم:

حرف اول نام وسط:

نام خانوادگی:

نشانی خیابان:

شهر:

ایالت:

کد پستی:

ایمیل:

شماره تلفن منزل:

شماره تلفن همراه:

نوع رابطه با عضو:

تاریخ تولد (MM/DD/YYYY):

این قرار ویزیت برای موارد زیر است:

برای همه اهداف مربوط به عضویت من در مزایای برنامه درمانی ام.

فقط برای (تمام موارد مربوطه را علامت بزنید):

پزشکی (برای مثال مدیریت مراقبت، مجوزها، حمل و نقل)

ثبت نام (برای مثال واجد شرایط بودن)

حق بیمه/مالی (برای مثال پرداخت ماهیانه، توضیح مزایا)

مطالبات (برای مثال صورت حساب)

نارضایتی/درخواست تجدیدنظر (برای مثال، تسلیم شکایت یا درخواست تجدیدنظر)

خدمات حساس (برای مثال HIV/AIDS، بارداری، بیماری‌های مقاربتی)

این مجوز قابل اجرا است:

از _____ / _____ / _____ تا _____ / _____ / _____

تا زمانی که دیگر عضو برنامه نباشم.

*توجه: برای Medicare Plus DSNP، قرار ملاقات مربوط به نارضایتی/درخواست تجدیدنظر فقط برای 1 سال از تاریخ امضاء قابل اجرا است.

اسناد شناسایی عضو پیوست شده است (فتوکپی یکی از موارد زیر):

گواهینامه رانندگی معتبر ایالات متحده کارت شناسایی معتبر DMV گواهی تولد

پاسپورت/کارت شناسایی کارت شناسایی عکسدار صادر شده توسط دولت

سایر موارد

اگر هیچ مدرک شناسایی پیوست نشده باشد، امضاء باید در دفتر اسناد رسمی ثبت شود.

لطفاً اینجا تمیر بزنید. رسمی نیست مگر اینکه توسط یک دفتر اسناد رسمی مهر شده باشد.

خدمات دفتر اسناد رسمی توسط L.A. Care ارائه نمی‌شوند و تحت پوشش نیستند، لذا می‌تواند برای شما هزینه داشته باشد

ثبت رسمی توسط

تاریخ (MM/DD/YYYY)

اگر شخصی به غیر از عضو در حال تکمیل این فرم است، این بخش را با اطلاعات خود تکمیل کرده و از طرف عضو در صفحه آخر امضاء کنید.

نام:	حرف اول نام وسط:	نام خانوادگی:
نشانی خیابان:	شهر:	ایالت:
ایمیل:	شماره تلفن منزل:	شماره تلفن همراه:
نوع رابطه با عضو:	تاریخ تولد (MM/DD/YYYY):	

یک نسخه از مدارک قانونی برای تأیید اینکه شما یکی از موارد زیر هستید باید ارسال شود:
 والد یک کودک سرپرست قیم وکالت نامه
 غیره

یک نسخه از مدرک شناسایی شما نیز باید ارائه شود:
 گواهینامه رانندگی معتبر ایالات متحده کارت شناسایی معتبر DMV گواهی تولد
 پاسپورت/کارت شناسایی کارت شناسایی عکسدار صادر شده توسط دولت

این مجوز به نماینده نام برده شده اجازه می‌دهد تا (به نحوی که در این فرم انتخاب شده است):

- اطلاعات، مزایای مراقبت درمانی، مراقبت و درمان و مطالبات شما را از طرف شما با L.A. Care در میان بگذارد.
- درخواست‌ها یا تغییرات در برنامه درمانی، پزشکان و گروه پزشکی شما را از سوی شما تسلیم کند؛
- شکایات شما را به L.A. Care تسلیم کنید. در رابطه با L.A. Care Medicare Plus DSNP، این فرم به مدت یک سال از تاریخ امضای آن معتبر است.
- اطلاعات سلامت فردی (PHI) شما را از L.A. Care دریافت کند. این ممکن است شامل اطلاعات سلامت مانند سوء مصرف مواد، سلامت روان، سلامت رفتاری، آزمایش ژنتیک و وضعیت HIV/AIDS باشد. پس از انتشار، اطلاعات ممکن است دیگر تحت قوانین حفظ حریم خصوصی محافظت نشوند و توسط نماینده و بدون اجازه شما افشا شوند.

شما باید:

- فرم را قبل از امضاء، مطالعه و تکمیل کنید.
- تمام اطلاعات مورد نیاز L.A. Care را ارائه کنید.
- بدانید که L.A. Care و وزارت خدمات مراقبت درمانی ایالت کالیفرنیا در قبال اقدامات نماینده مجاز یا کاری که با اطلاعاتی که دریافت می‌کند انجام می‌دهند، مسئولیتی ندارند.
- بدانید که قبل از اینکه درخواست لغو مجوز توسط L.A. Care پردازش شود، لغو مجوز بر هیچ اقدامی که بر اساس این مجوز انجام شده یا اطلاعاتی که قبلاً منتشر شده است تأثیری نخواهد داشت.

حقوق شما از این قرار است:

- هر فرد بالای 18 سال را به عنوان نماینده مجاز منصوب کنید.
- در هر زمان با ارسال یک درخواست کتبی به L.A. Care، این مجوز را به روز یا لغو کنید.
- یک نسخه از این فرم و اطلاعات استفاده شده یا به اشتراک گذاشته شده توسط این مجوز را درخواست کنید.

محدودیت‌ها:

- این مجوز به مدت یک سال از تاریخ امضا به رسمیت شناخته می‌شود مگر اینکه به صورت کتبی لغو شده باشد.
- اگر تغییری در فرم ایجاد شود، عضو باید مجدداً فرم را رسمی/در دفتر اسناد رسمی ثبت کند.
- این مجوز 120 روز بعد از پایان عضویت فرد در L.A. Care به طور خودکار به پایان می‌رسد.

من اطلاع دارم که امضا کردن یا عدم امضای این فرم بر مداوا، پرداخت هزینه، ثبت نام یا واجد شرایط بودن من برای مزایا تاثیر نمی‌گذارد.

امضای عضو	نام عضو با حروف بزرگ	تاریخ امروز
امضا	نماینده منصوب شماره 1	تاریخ امروز
امضا	نماینده منصوب شماره 2	تاریخ امروز

فرم را به نشانی زیر برگردانید:

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

فکس رایگان: 1.844.657.7272 - این یک شماره فکس ایمن است. شما می‌توانید یک پوشه که رو آن نوشته باشد Confidential را هم اضافه کنید. لطفاً در هنگام فکس کردن اطلاعات سلامت محافظت شده (Protected Health Information, PHI) احتیاط کنید.

برای دانلود یک نسخه از این فرم، لطفاً به www.lacare.org مراجعه کنید. برای سؤالات مربوط به این فرم یا نحوه تسلیم این فرم، لطفاً با خدمات اعضا به شماره **1.888.839.9909 (TTY 711)** تماس بگیرید. ساعات کاری ما 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته است. تماس با این شماره رایگان است.

شما می‌توانید این فرم را به صورت رایگان به زبان‌های عربی، ارمنی، چینی، فارسی، خمر، کره‌ای، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ، ویتنامی یا سایر فرمت‌ها مانند چاپ درشت، بریل یا صوتی دریافت کنید. تماس بگیرید با **1.833.522.3767**. کاربران TTY/TDD باید با شماره **711** تماس بگیرند. ساعات کاری ما 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته است. این تماس رایگان است.