



**ក្រដាសបែបបទអ្នកតំណាងបានអនុញ្ញាត**

ឈ្មោះផ្ទាល់ខ្លួនសមាជិក៖	អក្សរកាត់ឈ្មោះកណ្តាល៖	នាមត្រកូល៖	
អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖	ក្រុង៖	រដ្ឋ៖	ស៊ីបកូដ៖
អ៊ីមែល៖	លេខទូរសព្ទផ្ទះ៖	លេខទូរសព្ទចល័ត៖	
លេខ ID សមាជិក៖		ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (MM/DD/YYYY)៖	

**ក្រដាសបែបបទនេះ គឺដើម្បី៖**

- តែងតាំងអ្នកតំណាងឱ្យធ្វើសកម្មភាពជំនួសខ្ញុំ (ដែលអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរ)
- អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកតំណាងមានសិទ្ធិចូលប្រើប្រាស់ព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំ (អាចប្រើបានតែប៉ុណ្ណោះ មិនអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរបានទេ)

នាមខ្លួន អ្នកតំណាងទី 1៖	អក្សរកាត់ ឈ្មោះ កណ្តាល៖	នាមត្រកូល៖	
អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖	ក្រុង៖	រដ្ឋ៖	ស៊ីបកូដ៖
អ៊ីមែល៖	លេខទូរសព្ទផ្ទះ៖	លេខទូរសព្ទចល័ត៖	
ត្រូវជាអ្វីជាមួយសមាជិក៖			ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (MM/DD/YYYY)៖

**ការតែងតាំងនេះ គឺសម្រាប់៖**

- សម្រាប់គោលបំណងទាំងអស់ ទាក់ទងនឹងសមាជិកភាពរបស់ខ្ញុំ នៅក្នុងអត្ថប្រយោជន៍គំរោងសុខភាពរបស់ខ្ញុំ។

**សម្រាប់តែ (គូសទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ)៖**

- ផ្សព្វផ្សាយ (ឧទាហរណ៍ ការចាត់ចែងការថែទាំ ការអនុញ្ញាត យានជំនិះ)
- ការចុះឈ្មោះ (ឧទាហរណ៍ សិទ្ធិទទួល)
- ថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រង/ទាក់ទងនឹងហិរញ្ញវត្ថុ (ឧទាហរណ៍ ការបង់ប្រាក់ប្រចាំខែ ការពន្យល់នៃអត្ថប្រយោជន៍)
- ប្តឹង (ឧទាហរណ៍ វិក្កយបត្រ)
- សារទុក្ខ/ការប្តឹងតវ៉ា (ឧទាហរណ៍ ប្តឹងបណ្តឹង ឬតវ៉ា)
- សេវាងាយអនិចិត្ត (ឧទាហរណ៍ ជំងឺ HIV/AIDS, ការមានគភ៌ ជំងឺឆ្លងតាមរយៈសេពសន្ថវៈ)

**ការអនុញ្ញាតនេះ គឺមានប្រសិទ្ធភាព៖**

ចាប់ពីថ្ងៃទី \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ដល់ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

រហូតដល់ខ្ញុំលែងចុះឈ្មោះក្នុងគំរោង។

\*ចំណាំ៖ សម្រាប់ Medicare Plus DSNP ការតែងតាំងសម្រាប់សារទុក្ខ/ការប្តឹងតវ៉ា គឺមានប្រសិទ្ធភាពត្រឹមតែ 1 ឆ្នាំប៉ុណ្ណោះ ចាប់ពីថ្ងៃដែលវាត្រូវបានចុះហត្ថលេខា។

**ក្រដាសបែបបទនេះ គឺដើម្បី៖**

តែងតាំងអ្នកតំណាងឱ្យធ្វើសកម្មភាពជំនួសខ្ញុំ (ដែលអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរ)

អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកតំណាងមានសិទ្ធិចូលប្រើប្រាស់ព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំ (អាចប្រើបានតែប៉ុណ្ណោះ មិនអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរបានទេ)

<b>នាមខ្លួន អ្នកតំណាងទី 2៖</b>	<b>អក្សរកាត់ ឈ្មោះ កណ្តាល៖</b>	<b>នាមត្រកូល៖</b>	
<b>អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖</b>	<b>ក្រុង៖</b>	<b>រដ្ឋ៖</b>	<b>ស៊ីបកូដ៖</b>
<b>អ៊ីមែល៖</b>	<b>លេខទូរសព្ទផ្ទះ៖</b>	<b>លេខទូរសព្ទចល័ត៖</b>	
<b>ត្រូវជាអ្វីជាមួយសមាជិក៖</b>		<b>ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (MM/DD/YYYY)៖</b>	

**ការតែងតាំងនេះ គឺសម្រាប់៖**

សម្រាប់គោលបំណងទាំងអស់ ទាក់ទងនឹងសមាជិកភាពរបស់ខ្ញុំ នៅក្នុងអត្ថប្រយោជន៍គំរោងសុខភាពរបស់ខ្ញុំ។

**សម្រាប់តែ (គូសទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ)៖**

- វេជ្ជសាស្ត្រ (ឧទាហរណ៍ ការចាត់ចែងការថែទាំ ការអនុញ្ញាត យានជំនិះ)
- ការចុះឈ្មោះ (ឧទាហរណ៍ សិទ្ធិទទួល)
- ថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រង/ទាក់ទងនឹងហិរញ្ញវត្ថុ (ឧទាហរណ៍ ការបង់ប្រាក់ប្រចាំខែ ការពន្យល់នៃអត្ថប្រយោជន៍)
- ប្តឹង (ឧទាហរណ៍ វិក្កយបត្រ)
- សារទុក្ខ/ការប្តឹងតវ៉ា (ឧទាហរណ៍ ប្តឹងបណ្តឹង ឬតវ៉ា)
- សេវាងាយអន់ចិត្ត (ឧទាហរណ៍ ជំងឺ HIV/AIDS, ការមានគភ៌ ជំងឺឆ្លងតាមរយៈសេពសន្ថវៈ)

**ការអនុញ្ញាតនេះ គឺមានប្រសិទ្ធភាព៖**

ចាប់ពីថ្ងៃទី \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ដល់ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

រហូតដល់ខ្ញុំលែងចុះឈ្មោះក្នុងគំរោង។

\*ចំណាំ៖ សម្រាប់ Medicare Plus DSNP ការតែងតាំងសម្រាប់សារទុក្ខ/ការប្តឹងតវ៉ា គឺមានប្រសិទ្ធភាពត្រឹមតែ 1 ឆ្នាំប៉ុណ្ណោះ ចាប់ពីថ្ងៃដែលវាត្រូវបានចុះហត្ថលេខា។

**ឯកសារអត្តសញ្ញាណរបស់សមាជិក ដែលភ្ជាប់មកជាមួយ (ការថតចម្លងនៃឯកសារណាមួយខាងក្រោម)៖**

- ប័ណ្ណបើកបររបស់អាមេរិក ដែលមានសុពលភាព  កាតសម្គាល់ DMV ដែលមានសុពលភាព  សំបុត្រកំណើត
- លិខិតឆ្លងដែន/កាតសម្គាល់  កាតសម្គាល់ដែលមានរូបថត ដែលចេញដោយរដ្ឋាភិបាល
- ផ្សេងទៀត \_\_\_\_\_

បើមិនមានការភ្ជាប់អត្តសញ្ញាណទេ ហត្ថលេខាត្រូវតែបញ្ជាក់ដោយសារការី។

សូមដាក់ត្រានៅទីនេះ។ មិនផ្លូវការទេ លុះត្រាតែបោះត្រាដោយសារការីសាធារណៈ។  
\*សេវាសារការីមិនត្រូវបានផ្តល់ជូន ឬភ្ជាប់រងដោយ L.A. Care ទេ ថ្លៃសេវាអាចត្រូវបានអនុវត្ត\*

សារការីបញ្ជាក់ដោយ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
កាលបរិច្ឆេទ (MM/DD/YYYY)

បើនរណាម្នាក់លើកលែងតែសមាជិកគឺកំពុងបំពេញក្រដាសបែបបទនេះ សូមបំពេញផ្នែកនេះជាមួយនឹងព័ត៌មានរបស់អ្នក ហើយចុះហត្ថលេខាជំនួសសមាជិក នៅទំព័រចុងក្រោយ។

នាមខ្លួន៖	អក្សរកាត់ឈ្មោះកណ្តាល៖	នាមត្រកូល៖	
អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖	ក្រុង៖	រដ្ឋ៖	ស៊ីបកូដ៖
អ៊ីមែល៖	លេខទូរសព្ទផ្ទះ៖	លេខទូរសព្ទចល័ត៖	
ត្រូវជាអ្វីជាមួយសមាជិក៖	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (MM/DD/YYYY)៖		

ច្បាប់ចម្លងឯកសារច្បាប់ ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ថាអ្នកគឺម្នាក់ក្នុងចំណោមឯកសារខាងក្រោម ត្រូវតែដាក់ជូន៖  
 ឪពុកម្តាយរបស់កុមារអនិតិជន  អាណាព្យាបាល  អ្នកថែរក្សា  អំណាចមេធាវី  
 ផ្សេងទៀត \_\_\_\_\_

ច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារអត្តសញ្ញាណរបស់អ្នក ត្រូវតែដាក់ជូនដែរ៖  
 ប័ណ្ណបើកបររបស់អាមេរិក ដែលមានសុពលភាព  កាតសម្គាល់ DMV ដែលមានសុពលភាព  សំបុត្រកំណើត  
 លិខិតឆ្លងដែន/កាតសម្គាល់  កាតសម្គាល់ដែលមានរូបថត ដែលចេញដោយរដ្ឋាភិបាល

- ការអនុញ្ញាតនេះ អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកតំណាងដែលឈ្មោះត្រូវបានផ្តល់ឱ្យ ដើម្បី (យោងទៅតាមការជ្រើសរើសនៅលើក្រដាសបែបបទនេះ)៖
- ពិភាក្សាអំពីព័ត៌មាន អត្ថប្រយោជន៍នៃការថែទាំសុខភាព ការថែទាំ និងការព្យាបាល និងការទាមទារ របស់អ្នកជាមួយ L.A. Care ជំនួសអ្នក។
  - ដាក់សំណើ ឬការផ្លាស់ប្តូរ អំពីគំរោងសុខភាព គ្រូពេទ្យ និងក្រុមពេទ្យរបស់អ្នក ជំនួសអ្នក;
  - ប្តឹងសារទុក្ខទៅ L.A. Care ជំនួសអ្នក។ សម្រាប់ L.A. Care Medicare Plus DSNP ក្រដាសបែបបទនេះគឺមានកំណត់ត្រឹមមួយឆ្នាំគិត ចាប់ពីថ្ងៃដែលវាត្រូវបានចុះហត្ថលេខា។
  - ទទួលបានព័ត៌មានសុខភាពដែលបានការពារ (Personal Health Information, PHI) របស់អ្នកពី L.A. Care ។ នេះអាចរួមបញ្ចូលព័ត៌មានសុខភាព ដូចជា ការរំលោភគ្រឿងញៀន សុខភាពអារម្មណ៍ ឥរិយាបថសុខភាព ការធ្វើតេស្តហ្វេរូន និងស្ថានភាពជំងឺ HIV/AIDS។ នៅពេលដែលបានផ្តល់ហើយ ព័ត៌មានប្រហែលជាមិនត្រូវបានការពារដោយច្បាប់ឯកជនភាពទៀតទេ ហើយប្រហែលជាត្រូវបានបង្ហាញបន្ថែមដោយអ្នកតំណាង ដោយគ្មានការអនុញ្ញាតពីអ្នក។

**អ្នកត្រូវតែ:**

- ពិនិត្យ និងបំពេញក្រដាសបែបបទ មុនពេលចុះហត្ថលេខា។
- ផ្តល់ព័ត៌មានទាំងអស់ ដែលត្រូវការដោយ L.A. Care។
- យល់ថា L.A. Care និងក្រសួងសុខាភិបាល (Department of Health Care Services) នៃរដ្ឋ CA គឺមិនទទួលខុសត្រូវចំពោះសកម្មភាពរបស់អ្នកតំណាងបានអនុញ្ញាត ឬអ្វីដែលពួកគេធ្វើជាមួយព័ត៌មានដែលទទួលបាន។
- យល់ថា ការដកហូតនេះនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់សកម្មភាពណាមួយដែលបានធ្វើឡើង ឬព័ត៌មានណាមួយដែលបានបង្ហាញរួចហើយ ដោយផ្អែកលើការអនុញ្ញាតនេះ មុនពេលសំណើសុំការដកហូតត្រូវបានបញ្ចប់ដោយ L.A. Care។

**អ្នកមានសិទ្ធិដើម្បី:**

- ការតែងតាំងបុគ្គលណាម្នាក់ ដែលមានអាយុលើសពី 18 ឋានៈជាអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត។
- ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ឬដកការអនុញ្ញាតនេះ នៅពេលណាក៏បាន តាមសំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរទៅកាន់ L.A. Care។
- ស្នើសុំច្បាប់ចម្លងនៃក្រដាសបែបបទនេះ និងព័ត៌មាន ដែលប្រើប្រាស់ ឬចែករំលែក ដោយការអនុញ្ញាតនេះ។

**លក្ខខណ្ឌ:**

- ការអនុញ្ញាតនេះ គឺមានសុពលភាពរយៈពេលមួយឆ្នាំ ចាប់ពីថ្ងៃដែលវាត្រូវបានចុះហត្ថលេខា លុះត្រាតែលុបចោលមុននេះជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។
- បើសិនការផ្លាស់ប្តូរត្រូវបានធ្វើឡើងចំពោះក្រដាសបែបបទ សមាជិកនឹងត្រូវអនុញ្ញាត/ការសារការបញ្ជាក់ទម្រង់ក្រដាសបែបបទម្តងទៀត។
- ការអនុញ្ញាតនេះ បញ្ចប់ដោយស្វ័យប្រវត្តិ 120 ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីសមាជិកលែងចុះឈ្មោះក្នុង L.A. Care។

ខ្ញុំយល់ថា ការព្យាបាល ការបង់ប្រាក់ ការចុះឈ្មោះ ឬសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំ មិនត្រូវបានប៉ះពាល់ទេ ទោះបីជាខ្ញុំចុះហត្ថលេខា ឬមិនចុះហត្ថលេខាលើក្រដាសបែបបទនេះក៏ដោយ។

កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ:	ឈ្មោះសរសេរជាអក្សរពុម្ព របស់សមាជិក៖	ហត្ថលេខាសមាជិក
កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ:	អ្នកតំណាងទី 1 ដែលបានតែងតាំង៖	ហត្ថលេខា
កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ:	អ្នកតំណាងទី 2 ដែលបានតែងតាំង៖	ហត្ថលេខា

**ត្រឡប់ក្រដាសបែបបទទៅ៖**

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

ទូរសារ ឥតចេញថ្លៃ៖ 1.844.657.7272 - នេះគឺលេខទូរសារដែលមានសុវត្ថិភាព។ អ្នកអាចរួមបញ្ចូលសន្លឹកគម្រប ដែលត្រូវបានសម្គាល់ថា “សម្ងាត់”។ សូមប្រុងប្រយ័ត្ននៅពេលផ្ញើព័ត៌មានសុខភាពដែលបានការពារ (Protected Health Information, PHI) តាមទូរសារ។

ដើម្បីទាញយកច្បាប់ចម្លងនៃក្រដាសបែបបទនេះ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [www.lacare.org](http://www.lacare.org)។ សម្រាប់សំណួរទាក់ទងនឹងក្រដាសបែបបទនេះ ឬរបៀបដាក់ស្នើទម្រង់នេះ សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាសមាជិក តាមលេខ **1.888.839.9909** (TTY 711)។ យើងអាចបម្រើ 24 ម៉ោង មួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយ អាទិត្យ។ ការហៅនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

អ្នកអាចទទួលក្រដាសបែបបទនេះ ជាភាសាអង់គ្លេស ភាសាអេស្ប៉ាណិស្កូ ភាសាចិន ភាសាហ្វីលីពីន ភាសាខ្មែរ ភាសាកូរ៉េ ភាសារុស្ស៊ី ភាសាអេស្ប៉ាញ ភាសាតាកាឡុក ភាសាវៀតណាម ឬជាទម្រង់ផ្សេងទៀត ឥតគិតថ្លៃ ដូចជាអក្សរពុម្ពធំៗ អក្សរព្រិល ឬជាសំឡេង។ សូមហៅទូរសព្ទ តាមលេខ **1.833.522.3767**។ អ្នកប្រើ TTY/TDD គួរតែហៅទូរសព្ទ តាមលេខ **711**។ យើងបើក 24 ម៉ោង មួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺ ឥតគិតថ្លៃ។