



승인된 대리인 양식

.....

가입자 이름:	중간이름 이니셜:	성:	
거리 주소:	시:	주:	우편번호:
이메일:	자택 전화번호:	휴대 전화번호:	
가입자 ID 번호:		생년월일(월/일/년도):	

이 양식은 다음을 위함입니다.

- 본인을 대신해 행동할 대리인 임명(변경할 수 있음)
- 대리인이 본인의 정보에 접근할 수 있도록 허용(접근만 가능하며 변경은 할 수 없음)

일차 대리인 이름:	중간이름 이니셜:	성:	
거리 주소:	시:	주:	우편번호:
이메일:	자택 전화번호:	휴대 전화번호:	
가입자와의 관계:	생년월일(월/일/년도):		

이 임명은 다음을 위한 것입니다.

본인의 건강 플랜 혜택에 있어서 본인의 가입과 관련된 모든 목적을 위해.

다음에만 해당(해당되는 모든 사항에 표시):

- 의료(예: 진료 관리, 승인, 교통편)
- 가입(예: 자격)
- 보험료/재정(예: 월 납부액, 혜택 설명)
- 클레임(예: 청구서)
- 이의제기/재고 요청(예: 불만 제기 또는 재고 요청 접수)
- 민감한 서비스(예: HIV/AIDS, 임신, 성병)

이 승인은 다음의 기간동안 효력이 있습니다.

____/____/____ 부터 ____/____/____ 까지

본인이 더 이상 플랜에 가입되어 있지 않을 때까지.

*주: Medicare Plus DSNP의 경우, 이의제기/재고 요청을 위한 임명은 서명한 날짜로부터 1년 동안만 유효합니다.

이 양식은 다음을 위함입니다.

본인을 대신해 행동할 대리인 임명(변경할 수 있음)

대리인이 본인의 정보에 접근할 수 있도록 허용(접근만 가능하며 변경은 할 수 없음)

이차 대리인 이름:

중간이름
이니셜:

성:

거리 주소:

시:

주:

우편번호:

이메일:

주택 전화번호:

휴대 전화번호:

가입자와의 관계:

생년월일(월/일/년도):

이 임명은 다음을 위한 것입니다.

본인의 건강 플랜 혜택에 있어서 본인의 가입과 관련된 모든 목적을 위해.

다음에만 해당(해당되는 모든 사항에 표시):

의료(예: 진료 관리, 승인, 교통편)

가입(예: 자격)

보험료/재정(예: 월 지불, 혜택 설명)

클레임(예: 청구서)

이의제기/재고 요청(예: 불만 제기 또는 재고 요청 접수)

민감한 서비스(예: HIV/AIDS, 임신, 성병)

이 승인은 다음의 기간동안 효력이 있습니다.

____/____/____ 부터 ____/____/____ 까지

본인이 더 이상 플랜에 가입되어 있지 않을 때까지.

*주: Medicare Plus DSNP의 경우, 이의제기/재고 요청을 위한 임명은 서명한 날짜로부터 1년 동안만 유효합니다.

첨부된 가입자 신분 확인 서류(다음 중 하나의 복사본):

유효한 미국 운전면허증 유효한 DMV ID 카드 출생 증명서

여권/ID 카드 사진이 포함된 정부 발행 ID 카드

기타 _____

신분증이 첨부되지 않은 경우, 서명은 반드시 공증되어야 합니다.

여기에 도장을 찍어 주십시오. 공증인의 도장이 있어야 공식 문서로 인정됩니다.

L.A. Care에서는 공증 서비스를 제공하거나 비용을 부담하지 않으며, 수수료가 부과될 수 있습니다

공증인

_____/_____/_____
날짜(월/일/년도)

가입자가 아닌 다른 사람이 이 양식을 작성하는 경우, 귀하의 정보를 이 섹션에 기입하고 마지막 페이지에 가입자를 대신하여 서명하십시오.

이름:	중간이름 이니셜:	성:	
거리 주소:	시:	주:	우편번호:
이메일:	주택 전화번호:	휴대 전화번호:	
가입자와의 관계:		생년월일(월/일/년도):	

귀하가 다음 중 하나임을 증명하는 법적 문서 사본이 제출되어야 합니다.

- 미성년자의 부모 후견인 보호자 위임장
 기타 _____

귀하의 신분 확인 서류의 사본 역시 제출되어야 합니다.

- 유효한 미국 운전면허증 유효한 DMV ID 카드 출생 증명서
 여권/ID 카드 사진이 포함된 정부 발행 ID 카드

이 승인은 지명된 대리인이 (이 양식에서 선택한 대로) 다음과 같은 일을 할 수 있도록 허가합니다.

- 귀하를 대신해 귀하의 정보, 의료 혜택, 진료 및 치료와 클레임에 대해 L.A. Care와 논의.
- 귀하를 대신해 귀하의 건강 플랜, 의사 및 의료 그룹에 대한 요청 또는 변경 제출.
- 귀하를 대신해 L.A. Care에 이의제기. L.A. Care Medicare Plus DSNP의 경우, 이 양식은 서명한 날짜로부터 1년으로 제한됩니다.
- L.A. Care로부터 귀하의 개인 건강 정보(Personal Health Information, PHI) 받기. 여기에는 약물 남용, 정신 건강, 행동 건강, 유전자 검사 및 HIV/AIDS 상태와 같은 건강 정보가 포함될 수 있습니다. 일단 공개되면, 해당 정보는 더 이상 개인정보 보호법에 의해 보호되지 않을 수 있으며 귀하의 승인 없이 대리인이 추가로 공개할 수 있습니다.

귀하는 반드시 다음을 해야 합니다.

- 서명하기 전에 양식을 검토하고 작성해야 합니다.
- L.A. Care에서 요구하는 모든 정보를 제공해야 합니다.
- L.A. Care와 캘리포니아주 보건국(State of CA Department of Health Care Services)은 승인된 대리인의 행동이나 그들이 받은 정보를 어떻게 사용하는지에 대해 책임지지 않는다는 것을 이해해야 합니다.
- 철회를 하더라도 L.A. Care에서 철회 요청을 처리하기 전에 이 승인에 기초해 취한 행동 또는 이미 공개된 정보에 영향을 미치지 않는다는 것을 이해해야 합니다.

귀하는 다음과 같은 권리가 있습니다.

- 18세가 넘는 모든 사람을 승인된 대리인으로 임명할 권리.
- L.A. Care에 서면 요청과 함께 언제든지 이 승인을 업데이트 또는 철회할 권리.
- 본 승인에 따라 사용 또는 공유된 이 양식 및 정보의 사본을 요청할 권리.

제한 사항:

- 이 승인은 서면으로 조기에 철회된 경우를 제외하고 서명한 날짜로부터 1년간 인정됩니다.
- 양식에 변경 사항이 있는 경우, 가입자는 양식을 재승인/재공증해야 합니다.
- 본 승인은 가입자가 더 이상 L.A. Care에 가입하지 않은 날로부터 120일 후에 자동으로 종료됩니다.

본인은 치료, 지불, 가입 또는 혜택에 대한 자격이 본인이 이 양식에 서명하는지 여부에 따라 영향을 받지 않는다는 것을 이해하고 있습니다.

오늘 날짜	가입자 이름 정자체	가입자 서명
오늘 날짜	1차 임명 대리인	서명
오늘 날짜	2차 임명 대리인	서명

양식을 보낼 주소:

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

무료 팩스: 1.844.657.7272 - 이것은 안전한 팩스 번호입니다. 귀하는 “기밀”로 표시된 표지를 포함하실 수 있습니다. 비공개 건강 정보(Protected Health Information, PHI)를 팩스로 발송할 때 주의하십시오.

이 양식 사본을 다운로드하시려면 www.lacare.org를 방문하십시오. 이 양식에 관한 문의사항 또는 이 양식을 제출하는 방법에 대해서는 가입자 서비스에 **1.888.839.9909(TTY 711)**번으로 문의하십시오. 주 7일, 하루 24시간 이용하실 수 있습니다. 이 전화는 무료입니다.

귀하는 이 양식을 무료로 아랍어, 아르메니아어, 중국어, 페르시아어 (Farsi), 크메르어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어, 베트남어 또는 대형 활자 인쇄본, 점자 또는 오디오와 같은 다른 형식으로 받을 수 있습니다. **1.833.522.3767**번으로 전화하십시오. TTY/TDD사용자는 **711**번으로 전화해주십시오. 주 7일, 하루 24시간 이용하실 수 있습니다. 이 전화는 무료입니다.