



## ФОРМА НАЗНАЧЕНИЯ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

.....

Имя участника:	Инициал второго имени:	Фамилия:	
Фактический адрес:	Город:	Штат:	Почтовый индекс:
Адрес электронной почты:	Домашний телефон:	Мобильный телефон:	
Идентификационный номер участника:		Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ):	
<b>Данная форма предназначена для:</b> <input type="checkbox"/> Назначения представителя, который будет действовать от моего имени (может вносить изменения) <input type="checkbox"/> Предоставления представителю доступа к моей информации (только для доступа к информации без права вносить изменения)			
Имя 1-го представителя:	Инициал второго имени:	Фамилия:	
Фактический адрес:	Город:	Штат:	Почтовый индекс:
Адрес электронной почты:	Домашний телефон:	Мобильный телефон:	
Кем приходится участнику:		Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ):	

**Назначение данного представителя предназначено:**

Для всех целей, связанных с моим участием в плане медицинского страхования.

**Только для (отметьте все, что применимо):**

- Медицинских целей (например, управление медицинским обслуживанием, разрешения, транспортировка)
- Регистрации (например, соответствие требованиям)
- Страховых взносов/оплаты (например, ежемесячные платежи, разъяснение страховых льгот)
- Страховых требований (например, выставление счета)
- Претензий/апелляций (например, подача жалобы или апелляции)
- Деликатных услуг (например, ВИЧ/СПИД, беременность, заболевания, передающиеся половым путем)

**Срок действия настоящего разрешения:**

С \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ по \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

До момента прекращения моего участия в плане.

**\*Примечание.** Для участников Medicare Plus DSNP форма назначения уполномоченного представителя по вопросам жалоб/апелляций действует в течение 1 года с даты подписания.

**Данная форма предназначена для:**

- Назначения представителя, который будет действовать от моего имени (может вносить изменения)
- Предоставления представителю доступа к моей информации (только для доступа к информации без права вносить изменения)

**Имя 2-го представителя:****Инициал  
второго  
имени:****Фамилия:****Фактический адрес:****Город:****Штат:****Почтовый  
индекс:****Адрес электронной почты:****Домашний телефон:****Мобильный телефон:****Кем приходится участнику:****Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ):****Назначение данного представителя предназначено:**

Для всех целей, связанных с моим участием в плане медицинского страхования.

**Только для (отметьте все, что применимо):**

- Медицинских целей (например, управление медицинским обслуживанием, разрешения, транспортировка)
- Регистрации (например, соответствие требованиям)
- Страховых взносов/оплаты (например, ежемесячные платежи, разъяснение страховых льгот)
- Страховых требований (например, выставление счета)
- Претензий/апелляций (например, подача жалобы или апелляции)
- Деликатных услуг (например, ВИЧ/СПИД, беременность, заболевания, передающиеся половым путем)

**Срок действия настоящего разрешения:**

С \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ по \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

До момента прекращения моего участия в плане.

**\*Примечание.** Для участников Medicare Plus DSNP форма назначения уполномоченного представителя по вопросам жалоб/апелляций действует в течение 1 года с даты подписания.

Прилагается документ, удостоверяющий личность участника (ксерокопия одного из следующих документов):

- Действующие водительские права США     Действующая идентификационная карта DMV  
 Свидетельство о рождении     Паспорт/идентификационная карта  
 Удостоверение личности с фотографией, выданное правительством  
 Другое: \_\_\_\_\_.

Если к документу не прилагается удостоверение личности, подпись должна быть заверена нотариально.

Поставьте здесь печать. Подпись не является действительной, если она не заверена печатью публичного нотариуса.

\*Услуги нотариуса не предоставляются и не покрываются планом L.A. Care. Возможна дополнительная оплата.\*

\_\_\_\_\_  
Заверено нотариусом

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Дата (ММ/ДД/ГГГГ)

Если эту форму заполняет кто-либо кроме участника, заполните этот раздел, указав свои данные, и поставьте подпись от имени участника на последней странице.

Имя:	Инициал второго имени:	Фамилия:	
Фактический адрес:	Город:	Штат:	Почтовый индекс:
Адрес электронной почты:	Домашний телефон:	Мобильный телефон:	
Кем приходится участнику:			Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ):

Необходимо предоставить копию юридического документа, подтверждающего, что вы являетесь одним из следующих лиц:

- Родитель несовершеннолетнего     Опекун     Попечитель     Действующий по доверенности  
 Другое: \_\_\_\_\_

Также необходимо предоставить копию документа, удостоверяющего вашу личность:

- Действующие водительские права США     Действующая идентификационная карта DMV  
 Свидетельство о рождении     Паспорт/идентификационная карта  
 Удостоверение личности с фотографией, выданное правительством

**Настоящее разрешение позволяет назначенному представителю (как указано в этой форме):**

- обсуждать от вашего имени с планом L.A. Care вашу информацию, медицинские льготы, уход и лечение, а также страховые требования;
- подавать от вашего имени запросы или изменения, касающиеся вашего плана медицинского страхования, врачей и медицинской группы;
- подавать от вашего имени претензии в план L.A. Care. Для участников плана L.A. Care Medicare Plus DSNP срок действия этой формы ограничен одним годом с даты ее подписания.
- получать от плана L.A. Care вашу личную медицинскую информацию (PHI). Сюда может входить информация о состоянии здоровья, например, о злоупотреблении психоактивными веществами, психическом здоровье, поведении, генетическом тестировании и статусе ВИЧ/СПИДа. После разглашения такая информация больше не будет защищена законами о конфиденциальности и может быть раскрыта представителем без вашего разрешения.

**Вы должны:**

- ознакомиться с формой и заполнить ее перед подписанием.
- предоставить всю информацию, требуемую планом L.A. Care.
- понимать, что план L.A. Care и Департамент здравоохранения штата Калифорния не несут ответственности за действия уполномоченного представителя или за использование им полученной информации.
- Понимать, что отзыв не повлияет на действия, уже предпринятые на основании данного разрешения, или на информацию, которая уже была предоставлена до обработки запроса об отзыве планом L.A. Care.

**Вы имеете право:**

- назначить любое лицо старше 18 лет в качестве уполномоченного представителя.
- вносить изменения или отозвать данное разрешение в любое время, направив письменный запрос в план L.A. Care.
- запросить копию данной формы и информации, использованной или переданной по данному разрешению.

**ОГРАНИЧЕНИЯ**

- Данное разрешение действует в течение одного года с даты подписания, если оно не было отозвано ранее в письменной форме.
- Если в форму вносятся изменения, участнику необходимо повторно заверить/нотариально заверить форму.
- Действие данного разрешения автоматически истекает через 120 дней после прекращения участия участника в плане L.A. Care.

**Я понимаю, что на мое лечение, оплату, регистрацию или соответствие требованиям для получения льгот не влияет факт подписания или неподписания мной данной формы.**

_____ Дата	_____ Имя участника печатными буквами	_____ Подпись участника
_____ Текущая дата	_____ Назначенный представитель №1	_____ Подпись
_____ Текущая дата	_____ Назначенный представитель №2	_____ Подпись

**Адрес для отправки данной формы:**

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

**ФАКС (бесплатно): 1.844.657.7272.** Это номер защищенного факса. Вы можете приложить к документу титульный лист с пометкой «Конфиденциально». Соблюдайте осторожность при отправке по факсу защищенной медицинской информации (PHI).

Чтобы загрузить экземпляр данной формы, посетите сайт [www.lacare.org](http://www.lacare.org). По вопросам, касающимся этой формы или способа ее отправки, обращайтесь в отдел обслуживания участников по телефону **1.888.839.9909** (линия ТТУ: 711). Мы работаем круглосуточно, ежедневно и без выходных. Звонок бесплатный.

Вы можете бесплатно получить эту форму на арабском, армянском, китайском, фарси, кхмерском, корейском, русском, испанском, тагальском, вьетнамском языках или в других форматах, таких как крупный шрифт, шрифт Брайля или аудио. Звоните по телефону **1.833.522.3767**. Пользователям линии ТТУ/TDD следует звонить по телефону **711**. Мы работаем круглосуточно, ежедневно и без выходных. Звонок бесплатный.