



PANGALAN NG PINAHINTULUTANG KINATAWAN:

.....

Minamahal na [Pangalan ng Miyembro]:	GITNANG INISYAL:	Apelyido:	
Address ng Street:	Lungsod:	Estado:	Zip Code:
Email:	Numero ng Telepono sa Bahay:	Cell phone #:	
Numero ng ID ng Miyembro:		Petsa ng Kapanganakan (MM/DD/YYYY):	

Ang form na ito ay upang:

- Magtalaga ng isang kinatawan na kumilos sa ngalan ko (maaaring gumawa ng mga pagbabago)
 Magbigay ng access sa aking kinatawan sa aking impormasyon (access lang, hindi maaaring gumawa ng mga pagbabago)

1 st Pangalan ng Kinatawan:	GITNANG INISYAL:	Apelyido:	
Address ng Street:	Lungsod:	Estado:	Zip Code:
Email:	Numero ng Telepono sa Bahay:	Cell phone #:	
Relasyon sa Miyembro:		Petsa ng Kapanganakan (MM/DD/YYYY):	

Ang appointment na ito ay para kay:

- Para sa lahat ng layuning may kaugnayan sa aking pagiging miyembro sa aking mga benepisyo sa planong pangkalusugan.

Para lang kay (i-check ang lahat ng nalalapat):

- Medikal (hal. pamamahala sa pangangalaga, mga pahintulot, transportasyon)
 Pagpapatala (hal. pagiging karapat-dapat)
 Premium/Pinansyal (hal. mga buwanang pagbabayad, Paliwanag ng mga Benepisyo)
 Mga Paghahabol (hal. pagsingil)
 Karaingan/Apela (hal., maghain ng reklamo o mag-apela)
 Mga Sensitibong Serbisyo (hal. HIV/AIDS, pagbubuntis, mga sakit na naihahawa sa paraang sekswal)

Ang pahintulot na ito ay may bisa ng: Mula sa ____/____/____ hanggang ____/____/____ Sa hindi na ako naka-enroll sa plano.

***Tandaan:** Para sa Medicare Plus DSNP, ang appointment para sa Karaingan/Apela ay epektibo lang sa loob ng 1 taon mula sa petsa na pinirmahan.

Ang form na ito ay upang: Magtalaga ng isang kinatawan na kumilos sa ngalan ko (maaaring gumawa ng mga pagbabago) Magbigay ng access sa aking kinatawan sa aking impormasyon (access lang, hindi maaaring gumawa ng mga pagbabago)**2nd Pangalan ng Kinatawan:****GITNANG
INISYAL:****Apelyido:****Address ng Street:****Lungsod:****Estado:****Zip Code:****Email:****Numero ng Telepono sa Bahay:****Cell phone #:****Relasyon sa Miyembro:****Petsa ng Kapanganakan
(MM/DD/YYYY):****Ang appointment na ito ay para kay:** Para sa lahat ng layuning may kaugnayan sa aking pagiging miyembro sa aking mga benepisyo sa planong pangkalusugan.**Para lang kay (lagyan ng check ang lahat ng naaangkop):** Medikal (*hal. pamamahala sa pangangalaga, mga pahintulot, transportasyon*) Pagpapatala (*hal. pagiging karapat-dapat*) Premium/Pinansyal (*hal. mga buwanang pagbabayad, Paliwanag ng mga Benepisyo*) Mga Paghahabol (*hal. pagsingil*) Karaingan/Apela (*hal., maghain ng reklamo o mag-apela*) Mga Sensitibong Serbisyo (*hal. HIV/AIDS, pagbubuntis, mga sakit na naihahawa sa paraang sekswal*)**Ang pahintulot na ito ay may bisa ng:** Mula sa ____/____/____ hanggang ____/____/____ Sa hindi na ako naka-enroll sa plano.

***Tandaan:** Para sa Medicare Plus DSNP, ang appointment para sa Karaingan/Apela ay epektibo lang sa loob ng 1 taon mula sa petsa na pinirmahan.

Pagkilala sa dokumentasyon ng Miyembro na nakalakip (Isang photocopy ng isa sa mga sumusunod): May-bisa na Lisensya sa Driver ng U.S May-bisa na Identification Card ng DMV Sertipiko ng Kapanganakan Pasaporte/ID Card Naisyu ng Pamahalaan na ID Card na may Larawan Iba pa _____

Kung walang kalakip na pagkakakilanlan, ang lagda ay dapat na napa-notaryo.

Mangyaring maglagay ng selyo dito. Hindi opisyal maliban kung minarkahan ng isang notary public.

Ang mga serbisyo ng notaryo ay hindi ibinibigay o sinasaklaw ng L.A. Care, maaaring malapat ang mga bayarin

Na-notarize ni _____ /_____/_____
Petsa (MM/DD/YYYY)

Kung may ibang tao bukod sa miyembro na nakakumpleto ng form na ito, kumpletuhin ang seksyong ito kasama ng inyong impormasyon at lagdaan sa ngalan ng miyembro sa huling pahina.

Pangalan:	GITNANG INISYAL:	Apelyido:	
Address ng Street:	Lungsod:	Estado:	Zip Code:
Email:	Numero ng Telepono sa Bahay:	Cell phone #:	
Relasyon sa Miyembro:		Petsa ng Kapanganakan (MM/DD/YYYY):	

Ang isang kopya ng Legal na dokumentasyon upang ma-verify na kayo ay isa sa mga sumusunod ay dapat isumite:

- Magulang ng isang Menor de edad Tagapangalaga Tagapagtanggol Power of Attorney
- Iba pa _____

Kailangan ding magsumite ng kopya ng inyong dokumentasyon ng pagkakakilanlan:

- May-bisa na Lisensya sa Driver ng U.S May-bisa na Identification Card ng DMV Sertipiko ng Kapanganakan
- Pasaporte/ID Card Naisyu ng Pamahalaan na ID Card na may Larawan

Pinapayagan ng Pahintulot na ito ang pinangalanan na kinatawan na (ayon sa pinili sa form na ito):

- talakayin ang iyong impormasyon, mga benepisyo sa pangangalagang pangkalusugan, pangangalaga at paggamot, at mga claim sa L.A. Care sa ngalan mo.
- magsumite ng mga kahilingan o pagbabago tungkol sa inyong planong pangkalusugan, mga doktor, at grupong medikal sa inyong ngalan;
- maghain ng karaingan sa L.A. Care sa ngalan mo. Para sa L.A. Care Medicare Plus DSNP, ang form na ito ay limitado sa isang taon mula sa petsa kung kailan ito nilagdaan.
- kunin ang inyong Personal na Impormasyong Kalusugan (Personal Health Information o PHI) mula sa L.A. Care. Maaaring kasama rito ang impormasyong pangkalusugan tulad ng pang-aabuso sa sangkap, kalusugan ng isip, kalusugan ng pag-uugali, genetic na pagsusuri at katayuan sa HIV/AIDS. Kapag inilabas na, maaaring hindi na mapoprotektahan ng mga batas sa pagkapribado ang impormasyon at maaaring karagdagang isiwalat ng kinatawan nang wala ang iyong pahintulot.

Dapat mong:

- suriin at kumpletuhin ang form bago pirmahan.
- ibinigay ang lahat ng impormasyong kinakailangan ng L.A. Care.
- maunawaan na ang L.A. Care at ang Kagawaran ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan ng Estado ng CA ay hindi responsable para sa mga pagkilos ng pinahintulutang kinatawan, o kung ano ang gagawin nila sa impormasyong natatanggap nila.
- Nauunawaan na hindi makakaapekto ang pagbabago sa anumang pagkilos na ginawa, o anumang impormasyong inilabas na, batay sa Pahintulot na ito bago maproseso ng L.A. Care ang kahilingan na bawiin.

May karapatan kayong:

- magtalaga ng sinumang tao na higit sa edad na 18 bilang pinahintulutang kinatawan.
- i-update o bawiin ang pahintulot na ito anumang oras sa pamamagitan ng nakasulat na kahilingan sa L.A. Care.
- humiling ng kopya ng form na ito at impormasyong ginamit o ibinahagi ng pahintulot na ito.

Mga Restriksyon o Paghihigpit:

- Ang pahintulot na ito ay kinikilala para sa isang taon mula sa petsa na pinirmahan maliban kung binawi nang mas maaga sa pamamagitan ng pagsulat.
- Kung gagawa ng mga pagbabago sa form, kakailanganin ng miyembro na muling ipahintulot/ipa-notaryo muli ang form.
- Awtomatikong matatapos ang pahintulot na ito sa 120 araw pagkatapos hindi na nakatala ang miyembro sa L.A. Care.

Nauunawaan kong ang aking paggamot, pagbabayad, pagpapatala, o pagiging karapat-dapat para sa mga benepisyo ay hindi maapektuhan kung pipirmahan ko man o hindi ang form na ito.

Petsa Ngayong Araw	Nakalimbag na Pangalan ng Miyembro	Lagda ng Miyembro
Petsa Ngayong Araw	Hinirang na Kinatawan #1	Lagda
Petsa Ngayong Araw	Hinirang na Kinatawan #2	Lagda

Ibalik ang form sa:

L.A. Care Health Plan,
CSC – Form ng Pinahintulutang Kinatawan
1200 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

Toll-free FAX: 1.844.657.7272 - Ito ay isang ligtas na numero ng fax. Maaari kayong magsama ng isang sheet ng pabalat na minarkahan ng "Kumpidensyal." Mangyaring gumamit ng pag-iingat kapag nag-fax ng Protektadong Impormasyong Pangkalusugan (Protected Health Information, PHI).

Upang mag-download ng kopya ng form na ito, mangyaring bisitahin ang www.lacare.org. Para sa mga tanong tungkol sa form na ito o kung paano isumite ang form na ito, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1.888.839.9909** (TTY 711). Available kami 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag na ito.

Makukuha ninyo ang form na ito nang libre sa Arabic, Armenian, Chinese, Farsi, Khmer, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, Vietnamese o iba pang format, tulad ng malaking print, braille, o audio. Tumawag sa **1.833.522.3767**). Dapat tumawag ang mga user ng TTY/TDD sa **711**. Bukas kami 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag.