



MẪU CHỈ ĐỊNH NGƯỜI ĐẠI DIỆN ĐƯỢC CHẤP THUẬN

Tên Hội Viên:	Tên Đệm Viết Tắt :	Họ:	
Địa Chỉ Đường Phố:	Thành Phố:	Tiểu Bang:	Mã Zip:
Email:	Số Điện Thoại Nhà:	Số Điện Thoại Di Động:	
Số ID của hội viên:	Ngày Sinh (Tháng dạng 2 chữ số/Ngày dạng 2 chữ số/Năm dạng 4 chữ số):		
Mẫu đơn này là để: <input type="checkbox"/> Chỉ định một người đại diện hành động thay cho tôi (có thể thực hiện các thay đổi) <input type="checkbox"/> Cho phép người đại diện truy cập thông tin của tôi (chỉ truy cập, không thể thực hiện các thay đổi)			
Tên Người Đại Diện 1:	Tên Đệm Viết Tắt:	Họ:	
Địa Chỉ Đường Phố:	Thành Phố:	Tiểu Bang:	Mã Zip:
Email:	Số Điện Thoại Nhà:	Số Điện Thoại Di Động:	
Mối Quan Hệ với Hội Viên:	Ngày Sinh (Tháng dạng 2 chữ số/Ngày dạng 2 chữ số/Năm dạng 4 chữ số):		

Chỉ định này dành cho:

Tất cả các mục đích liên quan đến tư cách hội viên của tôi trong các quyền lợi chương trình bảo hiểm sức khỏe.

Chỉ dành cho (đánh dấu vào tất cả các mục thích hợp):

- Y Tế (ví dụ: quản lý chăm sóc, chấp thuận, chuyên chở)
- Ghi Danh (ví dụ: tính hội đủ điều kiện)
- Lệ Phí Bảo Hiểm/Tài Chính (ví dụ: thanh toán hàng tháng, Giải Thích Quyền Lợi)
- Yêu Cầu Xin Bồi Hoàn (ví dụ: lập hóa đơn)
- Khiếu Nại/Kháng Cáo (ví dụ: nộp đơn khiếu nại hoặc kháng cáo)
- Dịch Vụ Nhạy Cảm (ví dụ: HIV/AIDS, mang thai, bệnh truyền nhiễm qua đường tình dục)

Chấp thuận này có hiệu lực:

Từ ____/____/____ đến ____/____/____

Cho đến khi tôi không còn ghi danh tham gia chương trình nữa.

***Lưu ý:** Đối với Medicare Plus DSNP, chỉ định dành cho Than Phiền/Kháng Cáo chỉ có hiệu lực trong 1 năm kể từ ngày ký.

Mẫu đơn này là để:

- Chỉ định một người đại diện hành động thay cho tôi (có thể thực hiện các thay đổi)
- Cho phép người đại diện truy cập thông tin của tôi (chỉ truy cập, không thể thực hiện các thay đổi)

Tên Người Đại Diện 2:**Tên Đệm
Viết Tắt:****Họ:****Địa Chỉ Đường Phố:****Thành Phố:****Tiểu Bang:****Mã Zip:****Email:****Số Điện Thoại Nhà:****Số Điện Thoại Di Động:****Mối Quan Hệ với Hội Viên:**

Ngày Sinh
(Tháng dạng 2 chữ số/Ngày dạng 2
chữ số/Năm dạng 4 chữ số):

Chỉ định này dành cho:

Tất cả các mục đích liên quan đến tư cách hội viên của tôi trong các quyền lợi chương trình bảo hiểm sức khỏe.

Chỉ dành cho (đánh dấu vào tất cả các mục thích hợp):

- Y Tế (ví dụ: quản lý chăm sóc, chấp thuận, chuyên chở)
- Ghi Danh (ví dụ: tính hội đủ điều kiện)
- Lệ Phí Bảo Hiểm/Tài Chính (ví dụ: thanh toán hàng tháng, Giải Thích Quyền Lợi)
- Yêu Cầu Xin Bồi Hoàn (ví dụ: lập hóa đơn)
- Khiếu Nại/Kháng Cáo (ví dụ: nộp đơn khiếu nại hoặc kháng cáo)
- Dịch Vụ Nhạy Cảm (ví dụ: HIV/AIDS, mang thai, bệnh truyền nhiễm qua đường tình dục)

Chấp thuận này có hiệu lực:

Từ ____/____/____ đến ____/____/____

Cho đến khi tôi không còn ghi danh tham gia chương trình nữa.

***Lưu ý:** Đối với Medicare Plus DSNP, chỉ định dành cho Than Phiền/Kháng Cáo chỉ có hiệu lực trong 1 năm kể từ ngày ký.

Giấy tờ Nhận Dạng của hội viên được đính kèm (Một bản sao của một trong những giấy tờ sau):

- Giấy Phép Lái Xe Hoa Kỳ Có Hiệu Lực Thẻ Nhận Dạng Nha Lộ Vận (Department of Motor Vehicles, DMV) Có Hiệu Lực
 Giấy Khai Sinh Hộ Chiếu/Thẻ Nhận Dạng (Identification, ID) Thẻ ID Có Ảnh Do Chính Phủ Cấp
 Khác _____

Nếu không có giấy tờ nhận dạng đính kèm thì phải công chứng chữ ký.

Vui lòng đóng dấu tại đây. Không có hiệu lực chính thức nếu không được Công Chứng Viên đóng dấu.

L.A. Care không cung cấp hoặc chi trả cho các dịch vụ công chứng, có thể áp dụng phí cho các dịch vụ công chứng này.

_____/_____/_____
Người công chứng

_____/_____/_____
Ngày
(Tháng dạng 2 chữ số/Ngày dạng 2 chữ số/
Năm dạng 4 chữ số)

Nếu không phải là hội viên mà là người khác hoàn thành mẫu đơn này, hãy điền thông tin của quý vị vào phần này và ký tên thay mặt cho hội viên ở trang cuối cùng.

Tên:	Tên Đệm Viết Tắt:	Họ:	
Địa Chỉ Đường Phố:	Thành Phố:	Tiểu Bang:	Mã Zip:
Email:	Số Điện Thoại Nhà:	Số Điện Thoại Di Động:	
Mối Quan Hệ với Hội Viên:		Ngày Sinh (Tháng dạng 2 chữ số/Ngày dạng 2 chữ số/Năm dạng 4 chữ số):	

Phải gửi một bản sao tài liệu Pháp Lý để xác minh rằng quý vị là một trong những người sau đây:

- Cha Mẹ của Trẻ Em Người Giám Hộ Người Bảo Hộ Giấy Ủy Quyền
 Khác _____

Ngoài ra, cũng phải gửi một bản sao tài liệu nhận dạng của quý vị:

- Giấy Phép Lái Xe Hoa Kỳ Có Hiệu Lực Thẻ Nhận Dạng Nha Lộ Vận (Department of Motor Vehicles, DMV) Có Hiệu Lực
 Giấy Khai Sinh Hộ Chiếu/Thẻ Nhận Dạng (Identification, ID) Thẻ ID Có Ảnh Do Chính Phủ Cấp

Chấp Thuận này cho phép người đại diện được nêu tên (như được chọn trong mẫu đơn này):

- thay mặt quý vị thảo luận thông tin, quyền lợi chăm sóc sức khỏe, dịch vụ chăm sóc và điều trị và yêu cầu xin bồi hoàn của quý vị với L.A. Care.
- thay mặt quý vị gửi yêu cầu hoặc thay đổi về chương trình bảo hiểm sức khỏe, bác sĩ và nhóm y tế;
- thay mặt quý vị nộp đơn khiếu nại với L.A. Care. Đối với L.A. Care Medicare Plus DSNP, mẫu đơn này bị giới hạn trong một năm kể từ ngày được ký tên.
- thu thập Thông Tin Sức Khỏe Cá Nhân (Personal Health Information, PHI) của quý vị từ L.A. Care. Thông tin này có thể bao gồm thông tin sức khỏe như lạm dụng chất gây nghiện, sức khỏe tâm thần, sức khỏe hành vi, xét nghiệm di truyền và tình trạng HIV/AIDS. Sau khi được tiết lộ, thông tin có thể không còn được các luật về quyền riêng tư bảo vệ nữa và có thể được người đại diện tiết lộ thêm mà không cần sự cho phép của quý vị.

Quý vị phải:

- xem xét và hoàn thành mẫu đơn trước khi ký tên.
- cung cấp tất cả các thông tin theo yêu cầu của L.A. Care.
- hiểu rằng L.A. Care và Ban Dịch Vụ Sức Khỏe Tiểu Bang CA không chịu trách nhiệm về các hành động của người đại diện được chấp thuận, hoặc những gì họ làm với thông tin họ nhận được.
- Hiểu rằng việc thu hồi sẽ không ảnh hưởng đến bất kỳ hành động nào được thực hiện hoặc bất kỳ thông tin nào đã được tiết lộ, dựa trên Chấp Thuận này trước khi yêu cầu thu hồi đã được L.A. Care xử lý.

Quý vị có quyền:

- chỉ định bất kỳ người nào trên 18 tuổi làm người đại diện được chấp thuận.
- cập nhật hoặc thu hồi chấp thuận này bất cứ lúc nào bằng văn bản yêu cầu gửi cho L.A. Care.
- yêu cầu một bản sao của mẫu đơn này và thông tin được sử dụng hoặc chia sẻ theo chấp thuận này.

Hạn chế:

- Chấp thuận này được công nhận trong một năm kể từ ngày ký trừ khi bị thu hồi bằng văn bản trước khoảng thời gian này.
- Nếu có thay đổi đối với mẫu đơn, hội viên sẽ cần phải chấp thuận lại/công chứng lại mẫu đơn.
- Chấp thuận này tự động chấm dứt sau 120 ngày kể từ khi hội viên không còn ghi danh tham gia L.A. Care nữa.

Tôi hiểu rằng việc điều trị, thanh toán, ghi danh hoặc tính hội đủ điều kiện nhận quyền lợi của tôi không bị ảnh hưởng bởi việc tôi có ký vào mẫu đơn này hay không.

_____	_____	_____
Hôm Nay là Ngày	Tên Viết In của Hội Viên	Chữ Ký của Hội Viên
_____	_____	_____
Hôm Nay là Ngày	Người Đại Diện Được Chỉ Định Số 1	Chữ Ký
_____	_____	_____
Hôm Nay là Ngày	Người Đại Diện Được Chỉ Định Số 2	Chữ Ký

Gửi lại mẫu đơn cho:

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

Số FAX miễn phí: 1.844.657.7272 - Đây là số fax bảo mật. Quý vị có thể kèm theo một trang bìa được ghi rõ là "Bảo Mật". Vui lòng thận trọng khi gửi fax Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ (Protected Health Information, PHI).

Để tải xuống bản sao của mẫu đơn này, vui lòng truy cập www.lacare.org. Nếu có thắc mắc về mẫu đơn này hoặc cách gửi mẫu đơn này, vui lòng liên hệ với Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số **1.888.839.9909** (TTY 711). Chúng tôi làm việc 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần. Cuộc gọi này miễn phí.

Mẫu đơn này được cung cấp miễn phí cho quý vị bằng tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Trung, tiếng Ba Tư, tiếng Khmer, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Tagalog, tiếng Việt hoặc các định dạng khác, chẳng hạn như bản in cỡ chữ lớn, chữ nổi Braille hoặc dạng âm thanh. Gọi số **1.833.522.3767**. Người dùng TTY/TDD xin gọi số **711**. Chúng tôi làm việc 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần. Cuộc gọi này miễn phí.