



授权代表 – 撤销申请表

本表格可用于撤销(移除)先前指定的授权代表。如果您选择提交本表格,必须完整填写,并寄回至表格上所列的地址给 L.A. Care。

第 1 部分:会员信息			
会员名字:	中间名缩写:	姓氏:	
街道地址:	市:	州:	邮政编码:
电邮:	家庭电话号码:	手机号码:	
会员 ID 号码:		出生日期(月月/日日/年年年年):	
第 2 部分:需要移除的授权代表			
代表名字:	中间名缩写:	姓氏:	
街道地址:	市:	州:	邮政编码:
电邮:	家庭电话号码:	手机号码:	
与会员的关系:		出生日期(月月/日日/年年年年):	

您必须:

- 在签名之前审阅并完整填写表格。
- 提供 L.A. Care 要求的所有信息。
- 理解此撤销将不会影响到 L.A. Care 收到并处理此撤销请求之前,基于我预先授权所披露的任何信息。
- 理解我的治疗、付款、参保或福利资格不会因为我是否签署此表格而受到影响。

在下方签名即表示我撤销让本表格所列的代表使用和披露我受保护健康信息的授权。

今天日期

请求人正楷姓名

请求人签名

请求人身份文件附件 (以下文件之一的复印件):

- ☐ 有效的美国驾照 ☐ 有效的车辆管理局 (Department of Motor Vehicles, DMV) 身份证 ☐ 出生证明
☐ 护照/身份证 ☐ 政府签发的带照片身份证 ☐ 其他: _____

请求人请求此变更的法律授权:

- ☐ 本人 ☐ 父母/监护人 ☐ 保护人 ☐ 授权代理人 ☐ 其他: _____

注意: 除本人外, 您必须附上法律文件, 以证明您有合法权力请求此变更。

如果未附上身份证明, 签名必须经过公证。

请在此处盖章。未经公证人盖章, 非正式文件。
公证服务不由 L.A. Care 提供或承保, 可能会收取费用

公证人

_____/_____/_____
日期(月月/日日/年年年年)

请将表格交还至:

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

免费传真: 1.844.657.7272 - 这是一个安全的传真号码。您可以附上一张标注“机密”的封面页。传真受保护的健康信息 (Protected Health Information, PHI) 时, 请务必小心。

若要下载此表格的副本, 请访问 lacare.org。如有关于此表格或如何提交此表格的问题, 请联系会员服务部, 电话 **1.888.839.9909 (TTY 711)**。我们每周 7 天, 每天 24 小时提供服务。这是免付费电话。

您可以免费获取此表格的阿拉伯语、亚美尼亚语、中文、波斯语、高棉语、韩语、俄语、西班牙语、他加禄语、越南语版本或如大字版、盲文或音频版等其他格式。请致电 **1.833.522.3767**。TTY/TDD 用户请拨打 **711**。我们每周 7 天, 每天 24 小时提供服务。这是免付费电话。