



## ФОРМА ОТЗЫВА УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

Эта форма может быть использована для отзыва (отстранения) ранее назначенного уполномоченного представителя. Если Вы решите подать эту форму, ее необходимо полностью заполнить и вернуть в L.A. Care по указанному на форме адресу.

| Раздел 1: Информация об участнике                   |                           |                             |                  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------|------------------|--|--|--|
| Имя участника:                                      | Инициал отчества:         | Фамилия:                    |                  |  |  |  |
| Улица:                                              | Город:                    | Штат:                       | Почтовый индекс: |  |  |  |
| Электронная почта:                                  | Номер домашнего телефона: | Номер мобильного телефона:  |                  |  |  |  |
| Идентификационный номер участника:                  |                           | Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ): |                  |  |  |  |
| Раздел 2: Отстраняемый уполномоченный представитель |                           |                             |                  |  |  |  |
| Имя представителя:                                  | Инициал отчества:         | Фамилия:                    |                  |  |  |  |
| Улица:                                              | Город:                    | Штат:                       | Почтовый индекс: |  |  |  |
| Электронная почта:                                  | Номер домашнего телефона: | Номер мобильного телефона:  |                  |  |  |  |
| Кем он приходится участнику:                        |                           | Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ): |                  |  |  |  |

**Вы должны:**

- ознакомиться с формой и заполнить ее перед подписанием;
- предоставить всю информацию, требуемую планом L.A. Care;
- понимать, что данный факт отзыва не повлияет на какие-либо уже раскрытые сведения, сделанные по предварительному разрешению до того, как настоящий запрос об отзыве был получен и обработан планом L.A. Care.
- понимать, что лечение, платежи, регистрация или право на получение льгот не зависят от того, будет ли подписана эта форма или нет.

Подписываясь ниже, я отзываю свое разрешение на использование и раскрытие моей конфиденциальной медицинской информации представителю, указанному в этой форме.

Дата:

Ф.И.О. заявителя печатными буквами:

Подпись заявителя:

☐ Действующие водительские права США    ☐ Действующая идентификационная карта, выданная Департаментом по регистрации транспортных средств (Department of Motor Vehicles, DMV)

☐ Свидетельство о рождении

☐ Паспорт/идентификационная карта    ☐ Идентификационная карта с фотографией, выданная государственным органом    ☐ Другое: \_\_\_\_\_

**Примечание:** если изменение не запрашивается лично, следует приложить юридические документы, подтверждающие законные полномочия на запрос такого изменения.

**\*Нотариальные услуги не предоставляются и не возмещаются планом L.A. Care. Могут взиматься дополнительные сборы\***

Дата (ММ/ДД/ГГГГ)

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