



PINAHINTULUTANG KINATAWAN – FORM NG PAGPAPAWALANG-BISA

Puwedeng gamitin ang form na ito para bawiin (alisin) ang dating itinalagang Pinahintulutang Kinatawan. Kung pipiliin mong isumite ang form na ito, dapat itong punan nang kumpleto at ibalik sa L.A. Care sa address na nakalista sa form na ito.

Seksyon 1: Impormasyon ng Miyembro				
Pangalan ng Miyembro:	Gitnang Inisyal:	Apelyido:		
Address ng Kalye:	Lungsod:	Estado:	Zip Code:	
Email:	Numero ng Telepono sa Bahay:		Numero ng Cell Phone:	
Numero ng ID ng Miyembro:		Petsa ng Kapanganakan (MM/DD/YYYY):		
Seksyon 2: Pinahintulutang Kinatawan na Aalisin				
Pangalan ng Kinatawan:	Gitnang Inisyal:	Apelyido:		
Address ng Kalye:	Lungsod:	Estado:	Zip Code:	
Email:	Numero ng Telepono sa Bahay:		Numero ng Cell Phone:	
Kaugnayan sa Miyembro:		Petsa ng Kapanganakan (MM/DD/YYYY):		

Kailangan mong:

- suriin at kumpletuhin ang form bago lagdaan.
- ibigay ang lahat ng impormasyong kailangan ng L.A. Care.
- maunawaan na hindi makakaapekto ang pagbawi na ito sa anumang mga pagsisiwalat na ginawa na batay sa aking paunang pahintulot bago ang kahilingang ito na bawiin ay natanggap at naproseso ng L.A. Care.
- nauunawaan ko na ang aking paggamot, pagbabayad, pagpapatala, o pagiging karapat-dapat para sa mga benepisyo ay hindi maaapektuhan kung lalagdaan ko man o hindi ang form na ito.

Sa paglagda sa ibaba, binabawi ko ang aking pahintulot para sa paggamit at pagsisiwalat ng aking protektadong impormasyon sa kalusugan sa kinatawan na tinukoy sa form na ito.

Petsa Ngayong Araw

Nakasulat na Pangalan ng Humihiling

Lagda ng Humihiling

Nakalakip na dokumentasyon ng Pagkakakilanlan ng Humihiling (Isangkopya ng isa sa sumusunod):

☐ May Bisang Lisensya sa Pagmamaneho sa U.S. ☐ May Bisang Pagkakakilanlan ng DMV ☐ Sertipiko ng Kapanganakan
☐ Passport/ID Card ☐ ID Card na may Larawang Inisyu ng Gobyerno ☐ Iba pa: _____

Ang legal na awtoridad ng Humihiling na humiling ng pagbabagong ito:

☐ Sarili ☐ Magulang/Tagapangalaga ☐ Conservator ☐ Power of Attorney ☐ Iba pa: _____

Tandaan: Maliban sa sarili, dapat kang maglakip ng legal na dokumentasyon para mapatunayan na mayroon kang legal na awtoridad na humiling ng pagbabagong ito.

Kung walang nakalakip na pagkakakilanlan, kailangang napanotaryo ang lagda.

Mangyaring ilagay dito ang selyo. Hindi opisyal maliban kung natatakan ng Notaryo Publiko.

Hindi ibinibigay o saklaw ng L.A. Care ang mga serbisyo ng notaryo, maaaring nalalapat ang mga karagdagang bayarin

Nanotaryohan ni

_____/_____/_____
Petsa (MM/DD/YYYY)

Ibalik ang form sa:

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

Walang bayad na FAX: 1.844.657.7272 - Isa itong protektadong numero ng fax. Maaari kang maglagay ng cover sheet na may nakasulat na "Kumpidensyal". Mangyaring maging maingat kapag ipina-fax ang Protektadong Impormasyong Pangkalusugan (Protected Health Information, PHI).

Para mag-download ng kopya ng form na ito, mangyaring bumisita sa 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 nang 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag na ito.

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