

대리인 승인

가입자 이름:	중간 이름 이니셜:	성:	
거리 주소:	시:	주:	우편번호:
이메일:	집 전화번호:	휴대폰 번호:	
가입자 ID 번호:		생년월일(MM/DD/YYYY):	
본인은 다음과 같은 목적으로 양식에 서명합니다. <input type="checkbox"/> 대리인 지명 <input type="checkbox"/> 기존의 대리인 지명 취소			
나는: <input type="checkbox"/> 가입자 <input type="checkbox"/> 미성년자의 부모 <input type="checkbox"/> 후견인 <input type="checkbox"/> 보호자 <input type="checkbox"/> 재산 관리인 <input type="checkbox"/> 유언 집행자 <input type="checkbox"/> 기타 _____			
본인의 정보는:			
가입자 이름:	중간 이름 이니셜:	성:	
거리 주소:	시:	주:	우편번호:
이메일:	집 전화번호:	휴대폰 번호:	
이 지명은: <input type="checkbox"/> 본인의 건강 플랜 혜택에 있는 회원 관련 모든 용도를 위한 것입니다.			
다음 항목에만 해당(해당 항목을 모두 선택하십시오): <input type="checkbox"/> 가입 <input type="checkbox"/> 프리미엄/금융 <input type="checkbox"/> 청구 <input type="checkbox"/> 이의 제기/재고 요청 <input type="checkbox"/> 기타: _____			
이 승인은 즉시 효력을 발휘하며 다음 때까지 유효합니다: <input type="checkbox"/> 부터 1년 이전 ____/____/____, 또는 가입되지 않은 상태에서 120일이 지난 후까지 유효합니다. <input type="checkbox"/> 특정 날짜 ____/____/____ 에서 ____/____/____ 까지 유효합니다.			

첫 번째 대리인 이름:	중간 이름 이니셜:	성:	
거리 주소:	시:	주:	우편번호:
이메일:	집 전화번호:	휴대폰 번호:	
가입자와의 관계:			
두 번째 대리인 이름:	중간 이름 이니셜:	성:	
거리 주소:	시:	주:	우편번호:
이메일:	집 전화번호:	휴대폰 번호:	
가입자와의 관계:			

첨부된 문서 식별(다음 중 하나의 사본을 제공해야 합니다.):

- 유효한 미국 운전 면허증
 유효한 DMV ID 카드
 출생 증명서
 여권/ID 카드
 정부 발행 사진 ID 카드
 기타 _____

귀하가 부모, 보호자, 후견인, 사망자의 유언집행자이거나, 귀하에게 해당인에 대한 의료 결정 권한이 있음을 입증하는 법적 문서를 첨부해야 합니다.

신분증이 제공되지 않는 경우, 서명을 공증해야 합니다.

**여기에 스탬프를 찍어주세요. 공증인이 스탬프를 찍지 않으면 공식적이지 않습니다.
*공증 서비스는 L.A. Care에서 제공하거나 보장하지 않으며 추가 요금이 부과될 수 있습니다***

_____ 공증

_____/_____/_____ 날짜(MM/DD/YYYY)

이 승인을 통해 상기 대리인은 다음을 수행할 수 있습니다.

- L.A. Care와 귀하의 정보, 의료 서비스 혜택, 진료 및 치료, 청구에 대해 대신하여 논의할 수 있습니다.
- 귀하의 건강 플랜, 의사 및 의료 그룹에 대한 요청 또는 변경 사항을 대신하여 제출할 수 있습니다.
- 귀하를 대신하여 L.A. Care에 이의를 제기할 수 있습니다.
- L.A. Care에게서 귀하의 개인 건강 정보(PHI)를 취득할 수 있습니다. 여기에는 약물 중독, 정신 건강, 행동 건강, 유전 검사 및 HIV/AIDS 상태와 같은 건강 정보 등이 포함될 수 있습니다. 일단 공개되면, 정보는 더 이상 개인 정보 보호법에 의해 보호될 수 없으며, 대리인은 귀하의 승인 없이 더 많은 정보를 공개할 수 있습니다.

가입자:

- 서명하기 전에 양식을 검토하고 완료했습니다.
- L.A. Care에서 요구하는 모든 정보를 제공했습니다.
- L.A. Care와 CA 의료서비스부는 승인된 대리인의 행동이나 그들이 받는 정보로 무엇을 하는지에 대해 책임지지 않는다는 것을 이해합니다.
- L.A. Care에서 취소 요청을 처리하기 전에, 본 승인에 근거하여 취소 행위가 모든 수행된 조치 또는 이미 발표된 정보에 아무런 영향을 주지 않는다는 사실을 이해합니다.

가입자는 다음을 수행할 수 있습니다.

- 18세 이상의 사람을 승인된 대리인으로 지명할 수 있습니다.
- L.A. Care에 서면 요청으로 언제든지 이 승인을 업데이트하거나 취소합니다.
- 이 양식의 사본과 이 승인에서 사용하거나 공유한 정보를 요청합니다.

제한 사항:

- 이 승인은 조기에 서면으로 취소되지 않는 한, 서명 날짜로부터 1년 동안 유효합니다.
- 양식이 변경되면 가입자는 양식을 재승인/재공증을 해야 합니다.
- 이 승인은 가입자가 더 이상 L.A. Care에 가입되지 않은 상태에서 120일이 지난 후에 자동으로 종료됩니다.

본인은 본인의 치료, 지불, 가입, 또는 혜택에 대한 자격이 양식 서명 여부에 영향을 받지 않는다는 것을 이해합니다.

_____	_____	_____
오늘 날짜	가입자 정자체 이름	가입자 서명
_____	_____	_____
오늘 날짜	정자체 이름 (가입자 이외의 경우)	서명 (가입자 이외의 경우)

다음 주소로 양식을 보내주세요: L.A. Care Health Plan, Customer Solution Center, 1055 West 7th Street, 10th Floor, Los Angeles, CA 90017

문의 팩스: 844-657-7272. 안전한 팩스 번호입니다. 기밀 보장이 표시된 표지를 첨부하실 수 있습니다. 비공개 건강 정보(PHI)를 팩스로 보낼 때는 주의하시기 바랍니다.

본 양식의 사본을 다운로드하려면 www.lacare.org를 방문하세요. 본 양식 또는 양식을 제출하는 방법에 관한 질문은 가입자 서비스에 문의하시기 바랍니다. 1-888-839-9909 (TTY 711). 연중무휴(하루 24시간, 주 7일간)로 연락하실 수 있습니다. 통화료는 무료입니다.

본 서식은 아랍어, 아르메니아어, 중국어, 페르시아어, 크메르어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어, 베트남어 등의 다양한 언어와 대형 활자, 점자 또는 오디오 등의 기타 형식으로 무료 제공됩니다. 1-833-522-3767 번으로 전화하십시오. TTY/TDD 사용자는 711 번으로 전화하십시오. 저희는 하루 24시간, 주 7일 운영합니다. 해당 통화는 무료입니다.