



Վերադարձրեք - Member Services
 1055 West 7th Street, 10th Floor
 Los Angeles, CA 90017
 Անվճար ԾԱՔՄ՝ 844-657-7272
 Հարցերի համար - Medi-Cal: 888-839-9909
 L.A. Care-ի կողմից ապահովագրված՝ 855-270-2327
 PASC-SEIU Plan՝ 844-854-7272
 Cal MediConnect՝ 888-522-1298

**ՊԱՇՏՊԱՆՎԱԾ ԱՌՈՂՋԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅԱՆ ՁԵՎԱԹՈՒՂԹԸ
 ՕԳՏԱԳՈՐԾԵԼՈՒ ԵՎ ԲԱՑԱՀԱՅՏԵԼՈՒ ԼԻԱԶՈՐՈՒՄ**

Այս ձևաթղթի I Մասը թույլ է տալիս, որ L.A. Care-ը օգտագործի կամ ուրիշների հետ կիսի Ձեր Պաշտպանված առողջական տեղեկությունը (PHI): Այս ձևաթղթի II Մասը Ձեզ թույլ է տալիս, որ նշանակեք Ձեր անունից գործող մի անձի: Խնդրում ենք այս ձևաթուղթը լրացնել և ուղարկել վերևը նշված հասցեով:

I ՄԱՍ

| Ա ԲԱԺԻՆ՝ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆ ԱՆԴԱՄԻ ՄԱՍԻՆ | | |
|------------------------------------|---------|---------------|
| Անդամի անուն՝ | | |
| Անդամի հասցե՝ | | |
| Քաղաք՝ | Նահանգ՝ | Փոստային կոդ՝ |
| Ծննդյան ամսաթիվ՝ | | |
| Անդամի ինքնություն (ID)՝ | | |
| Հեռախոս՝ | | |



Վերադարձրեք - Member Services
 1055 West 7th Street, 10th Floor
 Los Angeles, CA 90017
 Անվճար ՖԱՔՄ՝ 844-657-7272
 Հարցերի համար - *Medi-Cal*: 888-839-9909
L.A. Care-ի կողմից ապահովագրված՝ 855-270-2327
PASC-SEIU Plan՝ 844-854-7272
Cal MediConnect՝ 888-522-1298

Բ ԲԱԺԻՆ՝ PHI-Ը ՕԳՏԱԳՈՐԾԵԼՈՒԻ/ՀՐԱՊԱՐԱԿԵԼՈՒԻ ԼԻԱԶՈՐՈՒՄ

Բ Բաժինը լրացնելով, ես թույլ եմ տալիս, որ L.A. Care-ը և իր գործակիցները իմ PHI-ն օգտագործեն կամ կիսեն ներքևը նշված անձի կամ գործակալության հետ: Ես հասկանում եմ, որ այս լիազորումն սկսվում է այս ձևաթուղթը ստորագրելու և վերադարձնելու պահից:

Անուն՝

Գործակալության անուն (եթե կիրառելի է)՝

Հասցե՝

Քաղաք/նահանգ/փոստային կոդ՝

Ծննդյան ամսաթիվ՝

Հեռախոս՝



Վերադարձրեք - Member Services
 1055 West 7th Street, 10th Floor
 Los Angeles, CA 90017
 Անվճար ՖԱՔՄ՝ 844-657-7272
 Հարցերի համար - Medi-Cal: 888-839-9909
 L.A. Care-ի կողմից ապահովագրված՝ 855-270-2327
 PASC-SEIU Plan՝ 844-854-7272
 Cal MediConnect՝ 888-522-1298

Գ ԲԱԺԻՆ՝ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅԱՆ ՏԵՍԱԿԸ

Գ Բաժինը լրացնելով, ես L.A. Care-ին և իր գործակիցներին ասում եմ, թե ինչ տեսակի PHI կարող եմ օգտագործել կամ կիսել Բ Բաժնում նշված անվան/գործակալության հետ: (Նշեք բոլոր կիրառելիները:)

- Բժշկական տեղեկություն (օրինակ՝ Լիազորության խնդրանքներ, Գործի կառավարման արձանագրություններ, ևլն.)
- Հայցերի տեղեկություն (օրինակ՝ Դեղատան, Հիվանդանոցի կամ Մատակարարի հայցի արձանագրություններ)
- Նյութական տեղեկություն (օրինակ՝ Ապահովագնի վճարման տեղեկություն, ևլն.)
- Անդամագրության տեղեկություն (օրինակ՝ Անդամագրության ձևաթուղթ, Անդամագրության ամսաթվեր, ևլն.)
- ՄԻԱՎ-ի ստուգման արդյունքներ
- Հոգեբուժական տեղեկություն
- Ալկոհոլի/թմրանյութերի բուժման տեղեկություն
- Այլ (խնդրում ենք մասնավորել)՝

Դ ԲԱԺԻՆ՝ ՆՊԱՏԱԿ

Խնդրում ենք նկարագրել PHI-ն կիսելու կամ օգտագործելու նպատակը կամ պատճառը:

- Օրինական
- Ապահովագրական
- Անձնական օգտագործում
- Այլ (խնդրում ենք մասնավորել)՝



Վերադարձրեք - Member Services
 1055 West 7th Street, 10th Floor
 Los Angeles, CA 90017
 Անվճար ՖԱՔՄ՝ 844-657-7272
 Հարցերի համար - Medi-Cal: 888-839-9909
 L.A. Care-ի կողմից ապահովագրված՝ 855-270-2327
 PASC-SEIU Plan՝ 844-854-7272
 Cal MediConnect՝ 888-522-1298

Ե ԲԱԺԻՆ՝ ԺԱՄԿԵՏԱՆՑՄԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎ

Ե Բաժինը լրացնելով, ես L.A. Care-ին իմաց եմ տալիս, թե երբ իմ PHI-ն այլևս չի կարելի օգտագործել կամ կիսել ուրիշների հետ: *(Նշեք մեկը):*

Այսօրվա ամսաթվից մեկ տարի հետո:

Իմ ապանդամագրվելուց հետո կամ երբ այլևս L.A. Care-ն ինձ չի ապահովագրում

Այս ամսաթվից սկսած (ամիս, օր և տարի)

Զ ԲԱԺԻՆ՝ ՀԵՏ ԿՈՉԵԼՈՒ ԻՐԱՎՈՒՆՔ

Այս լիազորումը կարող եք դադարեցնել որևէ ժամանակ: Այդ նպատակով նամակ ուղարկեք հետևյալին՝

Member Services
 L.A. Care Health Plan
 1055 West 7th Street, 10th Floor
 Los Angeles, CA 90017
 Անվճար Ֆաքս՝ 1-844-657-7272

Այս լիազորումը դադարեցնելու համար նամակ ուղարկելը չի փոխի այն եղանակը, որի կիրառումով L.A. Care-ը օգտագործել կամ կիսել է Ձեր PHI-ն Ձեր նամակն ստանալուց առաջ:



Վերադարձրեք - Member Services
 1055 West 7th Street, 10th Floor
 Los Angeles, CA 90017
 Անվճար ՖԱՔՄ՝ 844-657-7272
 Հարցերի համար - Medi-Cal: 888-839-9909
 L.A. Care-ի կողմից ապահովագրված՝ 855-270-2327
 PASC-SEIU Plan՝ 844-854-7272
 Cal MediConnect՝ 888-522-1298

Է ԲԱԺԻՆ՝ ՍԱՀՄԱՆԱՓԱԿՈՒՄՆԵՐ

L.A. Care-ից PHI ստացող անձը կարող է այն ցույց տալ ուրիշների: Նման դեպքում, Ձեր PHI-ն այլևս պաշտպանված չի լինի HIPAA Գաղտնիության կանոնակարգերով:

Ը ԲԱԺԻՆ՝ ԱՆԴԱՄԻ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐ

Իրավունք ունեք տեսնելու կամ պատճենն ստանալու Ձեր PHI-ի, որն օգտագործվում կամ կիսվում է այս լիազորումով: Այս լիազորումը կարող էք դադարեցնել որևէ ժամանակ: *(Տեսեք Զ Բաժինը):*

Պարտավոր չեք այս ձևաթուղթը լրացնել: Այս ձևաթուղթը չլրացնելը չի ազդի L.A. Care-ի մոտ գրանցվելու, նպաստներ ստանալու, կամ Ձեր հայցերի համար վճարվելու Ձեր կարողության:

Դուք իրավունք ունեք այս լիազորման պատճենն ստանալու:

Թ ԲԱԺԻՆ՝ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ

Ա Բաժինն ստորագրելով, ես թույլ եմ տալիս, որ L.A. Care-ը Գ Բաժնում նշված PHI-ն կիսի Բ Բաժնում նշված անձի/գործակալության հետ: Ես այս ձևաթուղթն ընթերցել եմ և գիտեմ ինչ է այն նշանակում:

Այսօրվա ամսաթիվը՝

Անդամի կամ անձնական ներկայացուցչի ստորագրություն՝

Եթե ներկայացուցիչ եք, նշեք կապը՝



Վերադարձրեք - Member Services
1055 West 7th Street, 10th Floor

Los Angeles, CA 90017

Անվճար ԾԱՔՄ՝ 844-657-7272

Հարցերի համար - *Medi-Cal*: 888-839-9909

L.A. Care-ի կողմից ապահովագրված՝ 855-270-2327

PASC-SEIU Plan՝ 844-854-7272

Cal MediConnect՝ 888-522-1298

ԿԱՆԳՆԵՔ

Եթե ուզում եք միայն, որ L.A. Care-ը PHI-ն կիսի Բ Բաժնում նշված անունի/գործակալության հետ, ստորագրեք Թ Բաժինը և այս ձևաթուղթը հետ ուղարկեք վերևի աջակողմյան անկյունի հասցեում նշված L.A. Care-ի Գաղտնիության պաշտոնյայի հետ:

Եթե նաև ուզում եք, որ ինչ-որ անձ Ձեր անունից գործի (ինչպես՝ Ձեր բժշկին փոխելը կամ գանգատի գծով օգնելը), անցեք հաջորդ էջը:



Վերադարձրեք - Member Services
1055 West 7th Street, 10th Floor

Los Angeles, CA 90017

Անվճար ԾԱՔՄ՝ 844-657-7272

Հարցերի համար - *Medi-Cal*: 888-839-9909

L.A. Care-ի կողմից ապահովագրված՝ 855-270-2327

PASC-SEIU Plan՝ 844-854-7272

Cal MediConnect՝ 888-522-1298

II ՄԱՍ

II Մասը Ձեզ թույլ է տալիս նշանակել ինչ-որ անձի, ինչպես՝
ընտանիքի անդամը, որպեսզի Ձեր անունից գործի, նույնիսկ եթե
ինքներդ կարող եք դա անել: Եթե չեք ուզում, որ ինչ-որ անձ Ձեր
անունից գործի, բայց համաձայն եք, որ նրանց հետ կիսենք Ձեր PHI-ն,
պարզապես լրացրեք I Մասը և ուղարկեք վերևի աջակողմյան
անկյունի հասցեին:



Վերադարձրեք - Member Services
 1055 West 7th Street, 10th Floor
 Los Angeles, CA 90017
 Անվճար ԾԱՔՄ՝ 844-657-7272
 Հարցերի համար - Medi-Cal: 888-839-9909
 L.A. Care-ի կողմից ապահովագրված՝ 855-270-2327
 PASC-SEIU Plan՝ 844-854-7272
 Cal MediConnect՝ 888-522-1298

Ժ ԲԱԺԻՆ՝ ԻՄ ԱՆՈՒՆԻՑ ԳՈՐԾԵԼՈՒ ԼԻԱԶՈՐՈՒՄ

Ժ Բաժինը լրացնելով, ես թույլ եմ տալիս, որ այս անձ(եր)ը գործեն իմ անունից՝ ԺԱ Բաժնում նշված բաների համար: Ես գիտեմ, որ այս նշանակումն սկսվում է այս ձևաթուղթն ստորագրելու և վերադարձնելու պահից:

Անուն՝

Գործակալության անուն (եթե կիրառելի է)՝

Հասցե՝

Քաղաք/նահանգ/փոստային կոդ՝

Ծննդյան ամսաթիվ՝

Հեռախոս՝

Անուն՝

Գործակալության անուն (եթե կիրառելի է)՝

Հասցե՝

Քաղաք/նահանգ/փոստային կոդ՝

Ծննդյան ամսաթիվ՝

Հեռախոս՝



Վերադարձրեք - Member Services
 1055 West 7th Street, 10th Floor
 Los Angeles, CA 90017
 Անվճար ԾԱՔՄ՝ 844-657-7272
 Հարցերի համար - Medi-Cal: 888-839-9909
 L.A. Care-ի կողմից ապահովագրված՝ 855-270-2327
 PASC-SEIU Plan՝ 844-854-7272
 Cal MediConnect՝ 888-522-1298

ԺԱ ԲԱԺԻՆ՝ ՆՇԱՆԱԿՎԱԾ ՊԱՐՏԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

ԺԱ Բաժինը լրացնելով, ես թույլ եմ տալիս, որ Ժ Բաժնում նշված անձ(եր)ը գործեն իմ անունից, որպեսզի՝ *(Նշեք բոլոր կիրառելիները):*

- Բժշկական տեղեկություն *(օրինակ՝ օգնել լիազորության խնդրանքների, խնամքի կառավարման, ևլն.)*
- Հայցերի տեղեկություն *(օրինակ՝ օգնել հայցերի վերաբերող հարցերի, ևլն.)*
- Նյութական տեղեկություն *(օրինակ՝ փոխել իմ ապահովագնի վճարման տեղեկությունը, ևլն.)*
- Անդամագրության տեղեկություն *(օրինակ՝ փոխել իմ բժշկական մատակարարին, բժշկական խումբը կամ առողջապահական ծրագիրը, ևլն.)*
- Այլ *(խնդրում ենք մասնավորել)՝*



Վերադարձրեք - Member Services
 1055 West 7th Street, 10th Floor
 Los Angeles, CA 90017
 Անվճար ԾԱՔՄ՝ 844-657-7272
 Հարցերի համար - Medi-Cal: 888-839-9909
 L.A. Care-ի կողմից ապահովագրված՝ 855-270-2327
 PASC-SEIU Plan՝ 844-854-7272
 Cal MediConnect՝ 888-522-1298

ԺԲ ԲԱԺԻՆ՝ ՆՇԱՆԱԿՄԱՆ ԺԱՄԿԵՏԱՆՑՄԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎԸ

ԺԲ Բաժինը լրացնելով, ես L.A. Care-ին իմացնում եմ, որ Ժ Բաժնում նշված անձ(եր)ը այլևս չեն կարող իմ անունից գործել: *(Նշեք մեկը):*

Ժ Բաժնում նշված անձ(եր)ը այլևս չեն կարող իմ անունից գործել այսօրվա ամսաթվից մեկ տարի հետո:

Ժ Բաժնում նշված անձն այլևս չի կարող իմ անունից գործել իմ ապանդամագրվելուց հետո կամ երբ այլևս L.A. Care-ն ինձ չի ապահովագրում:

Ժ Բաժնում նշված անձ(եր)ը այլևս չեն կարող իմ անունից գործել սկսած հետևյալ ամսաթվից (ամիս, օր, տարի)

ԺԳ ԲԱԺԻՆ՝ ՍԱՀՄԱՆԱՓԱԿՈՒՄՆԵՐ

Այս ձևաթղթի I Մասի լրացումը թույլ է տալիս, որ L.A. Care-ը կհսի Ձեր PHI-ն: Այս ձևաթղթի II Մասի լրացումը թույլ է տալիս, որ Ժ Բաժնում նշանակված անձ(եր)ը գործի/գործեն Ձեր անունից: L.A. Care-ը չի կարող ինդրել Ձեր հավանությունը նախքան Ժ Բաժնում նշանակված անձ(եր)ին Ձեր անունից գործել թույլատրելը:



Վերադարձրէք - Member Services
 1055 West 7th Street, 10th Floor
 Los Angeles, CA 90017
 Անվճար ՖԱՔՍ՝ 844-657-7272
 Հարցերի համար - *Medi-Cal*: 888-839-9909
L.A. Care-ի կողմից ապահովագրված՝ 855-270-2327
PASC-SEIU Plan՝ 844-854-7272
Cal MediConnect՝ 888-522-1298

ԺԴ ԲԱԺԻՆ՝ ՀԵՏ ԿՈՉԵԼՈՒ ԻՐԱՎՈՒՆՔ

Կարող եք որևէ ժամանակ դադարեցնել ժ Բաժնում նշված անձերի՝ Ձեր անունից գործելու թույլտվությունը: Այդ նպատակով նամակ ուղարկեք հետևյալին՝

Member Services

L.A. Care Health Plan
 1055 West 7th Street, 10th Floor
 Los Angeles, CA 90017
 Անվճար Ֆաքս՝ 1-844-657-7272

ԺԵ ԲԱԺԻՆ՝ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ

ԺԲ Բաժինն ստորագրելով, ես թույլատրում եմ, որ ժ Բաժնում անվանված անձերը գործեն իմ անունից՝ ժԱ Բաժնում թվագրված պարտականությունների համար:

Այսօրվա ամսաթիվը՝

Անդամի կամ անձնական ներկայացուցչի ստորագրություն՝

Եթե ներկայացուցիչ եք, նշեք կապը՝