



## نموذج ممثل مفوض

الاسم الأول للعضو:		الحرف الأول من الاسم الأوسط:		الاسم الأخير:	
عنوان الشارع:		المدينة:		الولاية:	
البريد الإلكتروني:		رقم هاتف المنزل:		رقم الهاتف النقال:	
رقم معرف العضو:		تاريخ الميلاد (MM/DD/YYYY):			
أنا أوقع النموذج من أجل:					
<input type="checkbox"/> تعيين ممثل <input type="checkbox"/> إلغاء تعيين ممثل حالي					
أنا:					
<input type="checkbox"/> عضو <input type="checkbox"/> والد قاصر <input type="checkbox"/> ولي الأمر <input type="checkbox"/> الوصي <input type="checkbox"/> مدير الشركة <input type="checkbox"/> منفذ الوصية <input type="checkbox"/> أخرى _____					
معلوماتي هي:					
الاسم الأول:		الحرف الأول من الاسم الأوسط:		الاسم الأخير:	
عنوان الشارع:		المدينة:		الولاية:	
البريد الإلكتروني:		رقم هاتف المنزل:		رقم الهاتف النقال:	
هذا الموعد من أجل: <input type="checkbox"/> لجميع الأغراض المتعلقة بعضويتي في مزاييا الخطة الصحية الخاصة بي.					
فقط من أجل (اختر كل ما ينطبق): <input type="checkbox"/> التسجيل <input type="checkbox"/> قسط / المالية <input type="checkbox"/> المطالبات <input type="checkbox"/> التظلم/الاستئناف <input type="checkbox"/> أخرى: _____					
وهذا التفويض ساري المفعول فوراً وسيظل ساري المفعول حتى:					
<input type="checkbox"/> قبل 1 سنة من ____ / ____ / ____ ، أو بعد 120 يوماً من انتهاء تسجيلي.					
<input type="checkbox"/> تواريخ محددة من ____ / ____ / ____ إلى ____ / ____ / ____ .					

الاسم الأول للممثل الأول:		الحرف الأول من الاسم الأوسط:	الاسم الأخير:
عنوان الشارع:	المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:
البريد الإلكتروني:	رقم هاتف المنزل:	رقم الهاتف النقال:	
العلاقة بالعضو:			
الاسم الأول للممثل الثاني:		الحرف الأول من الاسم الأوسط:	الاسم الأخير:
عنوان الشارع:	المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:
البريد الإلكتروني:	رقم هاتف المنزل:	رقم الهاتف النقال:	
العلاقة بالعضو:			
وثائق تحديد الهوية المرفقة (يجب تقديم صورة من أحد ما يلي):			
<input type="checkbox"/> رخصة قيادة أمريكية سارية المفعول <input type="checkbox"/> بطاقة هوية لغير السائقين سارية المفعول <input type="checkbox"/> شهادة الميلاد <input type="checkbox"/> جواز السفر/ بطاقة الهوية <input type="checkbox"/> بطاقة هوية مصورة صادرة من الحكومة <input type="checkbox"/> أخرى			
يجب إرفاق الوثائق القانونية للتحقق من أنك الوالد أو الوصي أو ولي الأمر أو منفذ الوصية لمتوفى، أو لديك سلطة اتخاذ القرار الطبي للفرد.			
إذا لم يتم تقديم وثيقة هوية، فيجب التصديق على التوقيع			
<p>رجاءً ضع ختمًا هنا. لا تكون الوثيقة رسمية إلا إذا كانت مختومة من قبل كاتب عدل.  *لا يتم توفير خدمات كاتب العدل أو تغطيتها من قبل L.A. Care، وقد يتم تطبيق رسوم إضافية*</p>			
موثقة من قبل		التاريخ (MM/DD/YYYY)	

يسمح هذا التفويض للممثل المسمى بما يلي:

- مناقشة المعلومات الخاصة بك، ومزايا الرعاية الصحية، والرعاية والعلاج، والمطالبات مع L.A. Care نيابة عنك.
- تقديم طلبات أو تغييرات حول الخطة الصحية والأطباء والمجموعة الطبية نيابة عنك.
- تقديم شكوى لدى L.A. Care نيابة عنك.
- الحصول على المعلومات الصحية الشخصية الخاصة بك (PHI) من L.A. Care. وقد يشمل ذلك المعلومات الصحية مثل تعاطي المخدرات والصحة العقلية والصحة السلوكية والاختبار الجيني وحالة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. وبمجرد الإفراج عنها، قد لا تكون المعلومات محمية بموجب قوانين الخصوصية، وقد يتم الكشف عنها من قبل الممثل دون إذن منك.

#### الأعضاء:

- راجعوا النموذج وقاموا بتعبئته قبل التوقيع.
- قدموا جميع المعلومات المطلوبة من قبل L.A. Care.
- يفهمون أن L.A. Care ودائرة الرعاية الصحية المدارة في كاليفورنيا (State of CA Department of Health Care Services) ليست مسؤولة عن أعمال الممثل المفوض، أو ما يفعلونه مع المعلومات التي يتلقونها.
- يفهمون أن الإلغاء لن يؤثر على أي إجراء تم اتخاذه، أو أي معلومات تم إصدارها بالفعل، بناءً على هذا التفويض قبل معالجة طلب الإلغاء من قبل L.A. Care.

#### للأعضاء الحق في:

- تعيين أي شخص فوق سن 18 عاماً كممثل مفوض.
- تحديث أو إلغاء هذا التفويض في أي وقت مع تقديم طلب خطي إلى L.A. Care.
- طلب نسخة من هذا النموذج والمعلومات المستخدمة أو المشتركة من قبل هذا التفويض.

#### القيود:

- يتم الاعتراف بهذا التفويض لمدة سنة واحدة من تاريخ التوقيع ما لم يتم إلغاؤه كتابةً قبل ذلك.
- إذا تم إجراء تغييرات على النموذج، سيحتاج العضو إلى إعادة توثيق/إعادة تصديق النموذج.
- ينتهي هذا التفويض تلقائياً بعد 120 يوماً من انتهاء تسجيل العضو لدى L.A. Care.

أفهم أن علاجي أو الدفع أو التسجيل أو الأهلية للحصول على المزايا لا تتأثر بما إذا قمت بتوقيع هذا النموذج أم لا.

تاريخ اليوم	اسم العضو المطبوع	توقيع العضو
تاريخ اليوم	الاسم المطبوع (إذا كان غير العضو)	التوقيع (إذا كان غير العضو)

أرسل النموذج إلى: L.A. Care Health Plan, Customer Solution Center, 1200 West 7th Street, Los Angeles, CA 90017

رقم الفاكس المجاني: 844-657-7272 - هذا رقم فاكس آمن. يمكنك إدراج ورقة غلاف مكتوب عليها "سري". يرجى توخي الحذر عند إرسال المعلومات الصحية المحمية (PHI) بالفاكس.

لتنزيل نسخة من هذا النموذج يرجى زيارة [www.lacare.org](http://www.lacare.org). للاستفسارات المتعلقة بهذا النموذج أو كيفية إرسال هذا النموذج، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على 1-888-839-9909 (TTY 711). نحن متواجدون على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. هذه المكالمات مجانية.

Medi-Cal و Medicare يجمانرب نم لك عم دقاعتت ءيحص ءطخ به (L.A. Care Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) ءطخ نا. نيكر ءشمل نيجمانربلا لاك ابازم ريفوتل