



ԼԻԱԶՈՐՎԱԾ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑՉԻ ԶԵՎԱԹՈՒՂԹ

Անդամի անուն՝	Միջին անուն՝	Ազգանուն՝	
Փողոցի հասցե՝	Քաղաք՝	Նահանգ՝	Փոստային կոդ՝
Էլ. փոստ՝	Տնային հեռախոսահամար՝	Բջջային հեռախոսահամար՝	
Անդամի ինքնության (ID) համար՝		Ծննդյան ամսաթիվ, ամիս, տարեթիվ («MM/DD/YYYY» ձևաչափով)՝	
<p>Ես ստորագրում եմ ձևաթուղթը հետևյալի համար՝</p> <input type="checkbox"/> Նշանակել ներկայացուցիչ <input type="checkbox"/> Չեղարկել ներկայացուցչի առկա նշանակումը			
<p>Ես հանդիսանում եմ՝</p> <input type="checkbox"/> Անդամ <input type="checkbox"/> Անշափահասի ծնող <input type="checkbox"/> Խնամակալ <input type="checkbox"/> Հոգաբարձու <input type="checkbox"/> Ունեցվածքի կառավարիչ <input type="checkbox"/> Կտակակատար <input type="checkbox"/> Այլ _____			
Իմ տվյալներն են՝			
Անուն՝	Միջին անուն՝	Ազգանուն՝	
Փողոցի հասցե՝	Քաղաք՝	Նահանգ՝	Փոստային կոդ՝
Էլ. փոստ՝	Տնային հեռախոսահամար՝	Բջջային հեռախոսահամար՝	
<p>Սույն նշանակումը նախատեսված է՝ <input type="checkbox"/> Իմ առողջապահական ծրագրի նպաստի մասով անդամակցությանս հետ կապված բոլոր նպատակների համար</p> <p>Միայն հետևյալի համար (նշեք բոլոր կիրառելի կետերը)՝ <input type="checkbox"/> Անդամագրում <input type="checkbox"/> Ապահովագնային/Ֆինանսական <input type="checkbox"/> Հայցեր <input type="checkbox"/> Բողոք/Բողոքարկում <input type="checkbox"/> Այլ _____</p>			
<p>Սույն լիազորությունն ուժի մեջ է մտնում անմիջապես և ուժի մեջ է, մնում մինչև՝</p> <input type="checkbox"/> Ավելի շուտ, քան 1 տարի հետո ____/____/_____-ից, կամ իմ՝ անդամագրումից հանվելու պահից 120 օր հետո: <input type="checkbox"/> Հատուկ ամսաթվեր՝ ____/____/_____-ից մինչև ____/____/_____:			

1-ին ներկայացուցչի անուն՝	Միջին անուն՝	Ազգանուն՝	
Փողոցի հասցե՝	Քաղաք՝	Նահանգ՝	Փոստային կոդ՝
Էլ. փոստ՝	Տնային հեռախոսահամար՝	Բջջային հեռախոսահամար՝	
Կապն անդամի հետ՝			
-2րդ ներկայացուցչի անուն՝	Միջին անուն՝	Ազգանուն՝	
Փողոցի հասցե՝	Քաղաք՝	Նահանգ՝	Փոստային կոդ՝
Էլ. փոստ՝	Տնային հեռախոսահամար՝	Բջջային հեռախոսահամար՝	
Կապն անդամի հետ՝			

Նույնականացման փաստաթղթերը կցված են (Դուք պետք է տրամադրեք հետևյալ փաստաթղթերից մեկի պատճենը)

- ԱՄՆ վավեր վարորդական իրավունք Շարժական մեքենաների բաժնի (DMV) ճանաչողական քարտ
 Ծննդյան վկայական Անձնագիր/ճանաչողական քարտ (ID) Պետության կողմից տրված՝ լուսանկարով ճանաչողական քարտ (ID) Այլ _____

Անհրաժեշտ է կցել իրավական փաստաթղթեր՝ հաստատելու համար, որ Դուք հանդիսանում եք ծնող, հոգաբարձու, խնամակալ, հանգուցյալի կտակակատար կամ լիազորված եք անհատի համար բժշկական մասով որոշումներ ընդունել:

Եթե ոչ մի ճանաչողական փաստաթուղթ չի տրամադրվում, ստորագրությունը պետք է նոտարի կողմից հաստատվի:

- Խնդրում ենք դրոշմակնիք դնել այստեղ: Պաշտոնական չի համարվում, եթե հանրային նոտարի կողմից կնքված չէ:**
Նոտարական ծառայություններ L.A. Care-ի կողմից չեն տրամադրվում կամ ֆինանսավորվում, կարող են կիրառվել լրացուցիչ վճարներ

_____ /
 Կնքվել նոտար կողմից

_____/_____/_____
 Ամսաթիվ, ամիս, տարեթիվ
 («MM/DD/YYYY» ձևաչափով)

Սույն լիազորությամբ նշված ներկայացուցչին թույլատրվում է՝

- դիտարկել Ձեր տվյալները, առողջական խնամքի նպաստները, խնամքը և բուժումը, ինչպես նաև L.A. Care-ին Ձեր անունից ուղղված հայցերը:
- ներկայացնել Ձեր անունից պահանջներ կամ փոփոխություններ՝ կապված Ձեր առողջապահական ծրագրի, բժիշկների և բժշկական խմբի հետ:
- L.A. Care-ին Ձեր անունից բողոք ներկայացնել:
- L.A. Care-ից ստանալ Ձեր անձնական առողջական տեղեկությունը (PHI): Այն կարող է ներառել այնպիսի առողջական տեղեկություններ, ինչպիսիք են թմրանյութի չարաչափում, հոգեկան առողջություն, վարքագծային առողջություն, գենետիկ թեստավորում և ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ կարգավիճակ: Հրապարակվելուց հետո տեղեկությունն այլևս չի կարող պաշտպանվել գաղտնիության օրենքներով և կարող է հետագայում բացահայտվել ներկայացուցչի կողմից առանց Ձեր լիազորման:

Անդամները՝

- վերանայել և լրացրել են ձևաթուղթը ստորագրելուց առաջ:
- տրամադրել են L.A. Care-ի կողմից պահանջվող ամբողջ տեղեկատվությունը:
- հասկանում են, որ L.A. Care-ը և Կալիֆոռնիա նահանգի Առողջական խնամքի սպասարկման բաժինը պատասխանատվություն չեն կրում լիազորված ներկայացուցչի գործողությունների համար կամ այն ամենի համար, ինչ նրանք անում են ստացած տեղեկության հետ:
- հասկանում են, որ չեղարկումը չի ազդի որևէ ձեռնարկած գործողության կամ արդեն իսկ հրապարակված որևէ տեղեկության վրա, որը հիմնված է սույն լիազորության վրա՝ մինչև այն պահը, երբ չեղարկման պահանջը մշակվի L.A. Care-ի կողմից:

Անդամներն իրավունք ունեն՝

- նշանակել 18 տարեկանից բարձր տարիքի ցանկացած անձի որպես լիազորված ներկայացուցիչ:
- ցանկացած ժամանակ թարմացնել կամ չեղարկել սույն լիազորությունը՝ գրավոր պահանջ ներկայացնելով L.A. Care-ին:
- պահանջել սույն ձևաթղթի օրինակ և սույն լիազորությամբ օգտագործվող կամ տարածվող տեղեկություն:

Սահմանափակումներ՝

- սույն լիազորությունը ճանաչվել է ստորագրման օրվանից մեկ տարի ժամկետով, եթե ավելի վաղ գրավոր չի չեղարկվել:
- Եթե ձևաթղթում կատարվեն փոփոխություններ, անդամին անհրաժեշտ կլինի կրկին լիազորել/նոտարական հաստատում ձեռք բերել ձևաթղթի համար:
- սույն լիազորությունն ավտոմատ կերպով ավարտվում է անդամի՝ L.A. Care-ում անդամագրումից հանվելու պահից 120 օր հետո:

Ես հասկանում եմ, որ իմ բուժման, վճարման, անդամագրման կամ նպաստներ ստանալու իրավասության վրա չի ազդում իմ կողմից սույն ձևաթուղթը ստորագրելը կամ չստորագրելը:

Այսօրվա ամսաթիվը	Անդամի տպագրված անունը	Անդամի ստորագրությունը
Այսօրվա ամսաթիվը	Տպագրված անունը (եթե տարբերվում է Անդամի անունից)	Ստորագրությունը (եթե տարբերվում է Անդամի ստորագրությունից)

Վերադարձման ձևաթուղթ՝ L.A. Care Health Plan, Customer Solution Center, 1200 West 7th Street, Los Angeles, CA 90017

Անվճար \$ԱՔՍ: 844-657-7272 - Սա պաշտպանված ֆաքսի համար է: Դուք կարող եք ներառել տիտղոսաթերթ «Գաղտնի» նշմամբ: Խնդրում ենք զգուշություն ցուցաբերել ֆաքսով Պաշտպանված առողջական տեղեկություն (PHI) ուղարկելիս:

Սույն ձևաթղթի օրինակը ներբեռնելու համար այցելեք www.lacare.org կայքը: Սույն ձևաթղթի կամ սույն ձևաթուղթը ներկայացնելու եղանակի հետ կապված հարցերի դեպքում խնդրում ենք կապ հաստատել Անդամների սպասարկման բաժնի հետ հետևյալ հեռախոսահամարով՝ **1-888-839-9909** (TTY 711): Մենք հասանելի ենք օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Այս հեռախոսագանգն անվճար է:

L.A. Care Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)-ն առողջապահական ծրագիր է, որը պայմանագիր է կնքել և Medicare-ի, և Medi-Cal-ի հետ՝ երկու ծրագրերի օժանդակությունն անդամագրված անձանց տրամադրելու համար: