



## 代表授權書

會員名字：	中間名縮寫：	姓氏：	
街道地址：	城市：	州：	郵遞區號：
電子郵件：	電話號碼：	移動電話號碼：	
會員識別號碼：	出生日期 (MM/DD/YYYY)：		
<b>簽署此表格，代表本人欲：</b> <input type="checkbox"/> 委任一名代表 <input type="checkbox"/> 撤銷現有的代表委任書			
<b>我是：</b> <input type="checkbox"/> 會員 <input type="checkbox"/> 未成年人的家長 <input type="checkbox"/> 監護人 <input type="checkbox"/> 管理人 <input type="checkbox"/> 遺產管理人 <input type="checkbox"/> 遺囑執行人 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
<b>我的資訊：</b>			
名字：	中間名縮寫：	姓氏：	
街道地址：	城市：	州：	郵遞區號：
電子郵件：	電話號碼：	移動電話號碼：	
<b>此委任書用於：</b> <input type="checkbox"/> 出於與我的健康計劃福利會員資格相關的所有目的。			
<b>僅適用於 (請勾選所有適用選項)：</b> <input type="checkbox"/> 入保 <input type="checkbox"/> 保費/財務 <input type="checkbox"/> 索賠 <input type="checkbox"/> 申訴/上訴 <input type="checkbox"/> 其他： _____			
<b>此授權文件立即生效，有效期直至：</b> <input type="checkbox"/> ____/____/____起 1 年內，或退保 120 天後。 <input type="checkbox"/> 具體日期從 ____/____/____ 至 ____/____/____。			

第一代表名字：	中間名縮寫：	姓氏：	
街道地址：	城市：	州：	郵遞區號：
電子郵件：	電話號碼：	移動電話號碼：	
與會員的關係：			
第二代表名字：	中間名縮寫：	姓氏：	
街道地址：	城市：	州：	郵遞區號：
電子郵件：	電話號碼：	移動電話號碼：	
與會員的關係：			
<b>所附識別文件 (必須提供以下項目其中一種複印件)：</b> <input type="checkbox"/> 有效的美國駕照 <input type="checkbox"/> 有效的 DMV 識別卡 <input type="checkbox"/> 出生證明 <input type="checkbox"/> 護照/身份證 <input type="checkbox"/> 政府簽發的附照片身份證 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
<b>法律文件，以驗證您是父母、保護者、監護人、遺囑執行人或有必須附上個人醫療決策權。</b>			
<b>若不提供身份證明，則必須對簽名進行公證。</b>  <p style="text-align: center;"><b>請在此處蓋章。如無公證人蓋章，則被視為非官方證明文件。</b>  <b>*L.A. Care 不提供或承保公證服務，公證服務可能會收取額外費用*</b></p>			
_____		_____/_____/_____ 日期 (MM/DD/YYYY)	
公證人			

**此授權文件授權指定代表進行以下活動：**

- 代表您與 L.A. Care 討論您的資訊、醫療保健福利、護理和治療以及索賠要求。
- 代表您提交有關您的健康計劃、醫師和醫療團隊的請求或更改事項；
- 代表您向 L.A. Care 提出申訴。
- 向 L.A. Care 獲取您的個人健康資訊 (PHI)。具體可能包括物質濫用、心理健康、行為健康、基因檢測和 HIV/AIDS 狀況等健康資訊。資訊一經發佈後，便可能不再受隱私法的保護，並且代表可能會在未經您授權的情況下進一步披露。

**會員：**

- 在簽字前已審核並填寫表格。
- 提供了 L.A. Care 所需的所有資訊。
- 瞭解，L.A. Care 和加利福利亞州健康服務部對授權代表的行為或其對所收到資訊的處理情況概不負責。
- 瞭解，在 L.A. Care 處理撤銷請求前，對於根據本授權書採取的任何行動或已發布的任何資訊，撤銷不產生任何影響。

**會員有權：**

- 委任任何超過 18 歲的人員作為授權代表。
- 在向 L.A. Care 提交書面請求後，隨時更新或撤銷此授權書。
- 請求獲得此表格的副本以及此授權書所使用或共享的資訊。

**限制：**

- 除非提前以書面形式撤銷，否則此授權書自簽署之日起一年內有效。
- 若表格內容發生變更，會員需要重新授權/重新公證表格。
- 此授權書於會員退保 L.A. Care 起 120 天後自動失效。

我了解，無論我是否簽署該表格，我的治療、付款、入保或福利資格均不會受到影響。

今天日期	會員的正楷姓名	會員簽名
今天日期	正楷姓名 (會員以外人員)	簽名 (會員以外人員)

將表格返回至：L.A. Care Health Plan, Customer Solution Center, 1200 West 7th Street, Los Angeles, CA 90017

免費傳真：844-657-7272 - 這是安全傳真號碼。您可以加一張標有「機密」的封頁。以傳真方式發送受保護的健康資訊 (PHI) 時，請務必謹慎。

欲下載此表格的副本，請訪問 [www.lacare.org](http://www.lacare.org)。有關此表格及其提交方式的問題，請聯絡會員服務部，電話是 1-888-839-9909 (TTY 711)。我們一週 7 天，每天 24 小時為您服務。這是免費電話。

L.A. Care Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) 是與 Medicare 及 Medi-Cal 均簽有合約的健康計劃，同時為參保者提供此兩項計劃的各項福利。