



## فرم نماینده مجاز

نام عضو:		نام میانی:		نام خانوادگی:	
آدرس خیابان:		شهر:		ایالت:	
ایمیل:		تلفن منزل #:		تلفن همراه #:	
شناسه ID عضو:		تاریخ تولد (ماه/روز/سال):			
اینجانب این فرم را امضا می‌کنم تا: <input type="checkbox"/> انتصاب یک نماینده را انجام دهم <input type="checkbox"/> انتصاب نماینده فعلی را لغو کنم					
اینجانب، فرد زیر هستم: <input type="checkbox"/> عضو <input type="checkbox"/> ولی فرد زیر سن قانونی <input type="checkbox"/> سرپرست <input type="checkbox"/> قیم <input type="checkbox"/> مدیر دارایی <input type="checkbox"/> مجری وصیت‌نامه <input type="checkbox"/> سایر _____					
اطلاعات من عبارت است از:					
نام:		نام میانی:		نام خانوادگی:	
آدرس خیابان:		شهر:		ایالت:	
ایمیل:		تلفن منزل #:		تلفن همراه #:	
این انتصاب برای: <input type="checkbox"/> تمام اهداف مربوط به عضویت من در مزایای پلان سلامت است.					
فقط برای (تمام گزینه‌های مربوطه را علامت بزنید): <input type="checkbox"/> ثبت‌نام <input type="checkbox"/> حق بیمه / <input type="checkbox"/> ادعاهای <input type="checkbox"/> مالی شکایت/دادخواست <input type="checkbox"/> سایر: _____					
این مجوز بلافاصله لازم الاجرا می‌باشد و تا تاریخ زیر همچنان قابل اجرا خواهد بود:					
<input type="checkbox"/> اوایل 1 سال پس از _____ / _____ / _____ ، یا 120 روز پس از این که ثبت‌نام من به پایان رسیده است.					
<input type="checkbox"/> تاریخ معاینه از _____ / _____ / _____ تا _____ / _____ / _____ .					

نام نماینده اول:		نام میانی:	نام خانوادگی:
آدرس خیابان:		شهر:	ایالت:
ایمیل:		تلفن منزل #:	تلفن همراه #:
نوع رابطه با عضو:			
نام نماینده دوم:		نام میانی:	نام خانوادگی:
آدرس خیابان:		شهر:	ایالت:
ایمیل:		تلفن منزل #:	تلفن همراه #:
نوع رابطه با عضو:			
شناسایی اسناد پیوست شده (باید فتوکپی یکی از موارد زیر را ارائه دهید):			
<input type="checkbox"/> گواهینامه رانندگی معتبر ایالات متحده <input type="checkbox"/> کارت شناسایی DMV معتبر <input type="checkbox"/> گواهی تولد <input type="checkbox"/> پاسپورت/کارت شناسایی <input type="checkbox"/> کارت شناسایی عکس‌دار دولتی <input type="checkbox"/> سایر _____			
<p>برای تایید این که شما ولی، قیم، سرپرست، مجری وصیت متوفی هستید و یا از مجوز بخش تصمیم‌گیری پزشکی در رابطه با فرد برخوردار هستید باید اسناد حقوقی مربوطه را پیوست کنید.</p>			
<p>در صورت عدم ارائه اسناد شناسایی، امضا باید توسط دفتر اسناد تایید شود.</p> <p><b>لطفا مهر را اینجا درج کنید. این سند دارای رسمیت نیست مگر اینکه توسط دفتر اسناد رسمی مهر شود.</b></p> <p><b>*خدمات دفاتر اسناد ارائه نمی‌شوند یا هزینه آن تحت پوشش L.A. Care قرار نمی‌گیرند، ممکن است هزینه‌های اضافی اعمال شود*</b></p>			
دارای تایید دفتر رسمی		تا تاریخ (ماه/روز/سال)	

### این مجوز به نماینده مذکور اجازه می‌دهد:

- اطلاعات شما، مزایای مراقبت بهداشتی، مراقبت و درمان و دعاوی مربوط به L.A. Care را به نمایندگی از شما مطرح کند.
- از طرف شما درخواست‌ها را ارائه دهد یا تغییرات مربوط به پلان سلامت، پزشکان و گروه پزشکی شما را انجام دهد.
- از طرف شما شکایت مربوط به L.A. Care را ارائه دهد.
- اطلاعات سلامت شخصی شما (PHI) را از L.A. Care دریافت کند. این امر ممکن است شامل اطلاعات سلامت مانند سوء مصرف مواد، سلامت روان، بهداشت رفتاری، آزمایش ژنتیک و وضعیت HIV / ایدز باشد. پس از انتشار، ممکن است دیگر اطلاعات توسط قوانین حفظ حریم خصوصی محافظت نشود و ممکن است توسط نماینده بدون اجازه شما افشا شود.

### اعضاء:

- فرم را پیش از امضا، بررسی و تکمیل کرده‌اند.
- کلیه اطلاعات مورد نیاز L.A. Care را ارائه کرده‌اند.
- مطلع هستند که L.A. Care و اداره خدمات بهداشتی درمانی ایالت CA مسئولیتی در قبال اقدامات نماینده مجاز یا اقداماتی که با اطلاعات دریافتی انجام می‌دهند، بر عهده ندارند.
- مطلع هستند که لغو مجوز بر اقدامات انجام شده یا هرگونه اطلاعاتی که از قبل منتشر شده است و یا بر اساس این مجوز قبل از ارائه درخواست لغو توسط L.A. Care پردازش شده است تأثیری نخواهد داشت.

### اعضاء از حقوق زیر برخوردار هستند:

- هر فرد بالای 18 سال را به عنوان نماینده مجاز منصوب کنند.
- در هر زمانی که بخواهند با ارائه درخواست کتبی به L.A. Care این مجوز را به روز یا لغو کنند.
- کپی این فرم و اطلاعات استفاده شده یا به اشتراک گذاشته شده توسط این مجوز را درخواست کنند.

### محدودیت‌ها:

- این مجوز به مدت یک سال از تاریخ درج امضا به رسمیت شناخته می‌شود، مگر اینکه زودتر از آن به صورت کتبی لغو شود.
- اگر تغییراتی در فرم ایجاد شود، عضو باید فرم را مجدداً مجاز اعلام کند/ مورد تایید محضری قرار دهد.
- این مجوز به طور خودکار 120 روز پس از اتمام ثبت‌نام عضو در L.A. Care به پایان می‌رسد.

من مطلع هستم که درمان، پرداخت، ثبت‌نام یا واجد شرایط بودن من برای مزایا تحت تأثیر امضاء یا عدم امضای این فرم قرار نمی‌گیرد.

امضای عضو	نام فرد عضو با حروف خوانا و درشت	تاریخ امروز
امضا (فرد به غیر از عضو)	نام با حروف خوانا و درشت (فرد به غیر از عضو)	تاریخ امروز

فرم را به این آدرس بازگردانید: L.A. Care Health Plan, Customer Solution Center, 1200 West 7th Street, Los Angeles, CA 90017

فکس رایگان: 844-657-7272 - این شماره فکس ایمن است. شما می‌توانید یک برگه کاور با عنوان "محرمانه" را بر آن درج کنید. لطفاً هنگام فکس کردن اطلاعات بهداشتی محافظت شده (PHI) احتیاط کنید.

برای دانلود یک نسخه از این فرم، لطفاً به سایت [www.lacare.org](http://www.lacare.org) مراجعه کنید. برای مطرح کردن سوالات خود در مورد این فرم یا نحوه ارسال این فرم، لطفاً از طریق شماره‌های 1-888-839-9909 (TTY 711) با خدمات اعضا (Member Services) تماس بگیرید. ما 7 روز هفته به صورت 24 ساعته در دسترس هستیم. تماس با این شماره رایگان است.

L.A. Care Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) و Medi-Cal" Medicare برنامه‌های است که برای ارائه همزمان مزایای L.A. Care Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) و Medi-Cal" اعضا، با هر دو برنامه قرارداد بسته است."