



ទម្រង់បែបបទអ្នកតំណាងដែលបានអនុញ្ញាត

នាមខ្លួនរបស់សមាជិក៖	MI៖	នាមត្រកូល៖	
អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖	ទីក្រុង៖	រដ្ឋ៖	ហ្សឺបកូដ៖
អីមែល៖	លេខទូរសព្ទនៅផ្ទះ ៖	លេខទូរសព្ទដៃ ៖	
លេខសម្គាល់សមាជិក ៖	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)៖		
ខ្ញុំចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទដើម្បី៖ <input type="checkbox"/> តែងតាំងអ្នកតំណាង <input type="checkbox"/> បញ្ឈប់ការតែងតាំងអ្នកតំណាងដែលមានស្រាប់			
ខ្ញុំគឺជា៖ <input type="checkbox"/> សមាជិក <input type="checkbox"/> មាតាបិតាអនីតិជន <input type="checkbox"/> អាណាព្យាបាល <input type="checkbox"/> អ្នកអភិរក្ស <input type="checkbox"/> រដ្ឋបាល Estate <input type="checkbox"/> អ្នកប្រតិបត្តិវិនិយោគ៖ <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត _____			
ព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំគឺ៖			
នាមខ្លួន៖	MI៖	នាមត្រកូល៖	
អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖	ទីក្រុង៖	រដ្ឋ៖	ហ្សឺបកូដ៖
អីមែល៖	លេខទូរសព្ទនៅផ្ទះ ៖	លេខទូរសព្ទដៃ ៖	
ការតែងតាំងនេះគឺដើម្បី៖ <input type="checkbox"/> គោលបំណងទាំងអស់ដែលទាក់ទងនឹងសមាជិកភាពរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងអត្ថប្រយោជន៍នៃផែនការសុខភាពរបស់ខ្ញុំ។ សម្រាប់តែ (គូស្រី/ភរិយាទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ)៖ <input type="checkbox"/> ការចុះឈ្មោះ <input type="checkbox"/> បុព្វលាភ/ហិរញ្ញវត្ថុ <input type="checkbox"/> ការទាមទារ <input type="checkbox"/> បណ្តឹងសារទុក្ខ/ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ៖ _____			
ការអនុញ្ញាតនេះមានប្រសិទ្ធភាពភ្លាមៗ ហើយនឹងនៅបន្តមានសុពលភាពរហូតដល់៖ <input type="checkbox"/> មុន 1 ឆ្នាំចាប់ពី ____ / ____ / _____ ឬ 120 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីខ្ញុំលែងចុះឈ្មោះ។ <input type="checkbox"/> កាលបរិច្ឆេទជាក់លាក់ចាប់ពី ____ / ____ / _____ ដល់ ____ / ____ / _____ ។			

ការអនុញ្ញាតនេះអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកតំណាងដែលមានឈ្មោះដើម្បី៖

- ពិភាក្សាអំពីព័ត៌មាន អត្ថប្រយោជន៍នៃការថែទាំសុខភាព ការថែទាំ និងការព្យាបាលរបស់អ្នក ព្រមទាំងបណ្តឹងទាមទារសំណងជាមួយ L.A. Care តាងនាមឱ្យអ្នក។
- ដាក់បញ្ជូនសំណើ ឬផ្លាស់ប្តូរអំពីផែនការសុខភាពរបស់អ្នក ត្រូវពេទ្យ និងក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រតាងនាមឱ្យអ្នក។
- ដាក់ពាក្យបណ្តឹងសារទុក្ខជាមួយ L.A. Care តាងនាមឱ្យអ្នក។
- ទទួលបានព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន (PHI) របស់អ្នកពី L.A. Care ។ នេះអាចរាប់បញ្ចូលទាំងព័ត៌មានសុខភាពដូចជាការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន សុខភាពផ្លូវចិត្ត សុខភាពតវិយាបថ ការធ្វើតេស្តហ្វេន និងស្ថានភាពអេដស៍/អ៊ីវ។ នៅពេលចេញផ្សាយ ព័ត៌មាននេះនឹងលែងត្រូវបានការពារដោយច្បាប់ឯកជនភាព ហើយអាចនឹងត្រូវបានបង្ហាញបន្ថែមដោយអ្នកតំណាងដោយគ្មានការអនុញ្ញាតពីអ្នក។

សមាជិក៖

- ពិនិត្យ និងបំពេញទម្រង់បែបបទមុនពេលចុះហត្ថលេខា។
- ផ្តល់ជូនព័ត៌មានទាំងអស់ដែលតម្រូវដោយ L.A. Care ។
- យល់ថា L.A. Care និងក្រសួងសេវាកម្មថែទាំសុខភាពនៃរដ្ឋ CA មិនទទួលខុសត្រូវចំពោះសកម្មភាពរបស់អ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត ឬអ្វីដែលពួកគេធ្វើជាមួយព័ត៌មានដែលពួកគេទទួលបាន។
- យល់ថាការដកហូតសិទ្ធិនេះនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់សកម្មភាពណាមួយដែលបានអនុវត្ត ឬព័ត៌មានណាមួយដែលត្រូវបានចេញផ្សាយរួចហើយ ដោយផ្អែកលើការអនុញ្ញាតនេះ មុនពេលសំណើដកហូតវិញត្រូវបានដំណើរការដោយ L.A. Care ។

សមាជិកមានសិទ្ធិ៖

- តែងតាំងអ្នកណាម្នាក់ដែលមានអាយុលើសពី 18 ឆ្នាំជាអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត។
- ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ឬដកហូតការអនុញ្ញាតនេះនៅពេលណាក៏បាន ដោយមានសំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរទៅ L.A. Care ។
- ស្នើសុំច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទនេះ និងព័ត៌មានដែលត្រូវបានប្រើប្រាស់ ឬចែកចាយដោយការអនុញ្ញាតនេះ។

ការដាក់កម្រិត៖

- ការអនុញ្ញាតនេះត្រូវបានទទួលស្គាល់ក្នុងរយៈពេលមួយឆ្នាំ គិតចាប់ពីថ្ងៃដែលបានចុះហត្ថលេខា លើកលែងតែមានការដកហូតមុនជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។
- ប្រសិនបើការផ្លាស់ប្តូរត្រូវបានធ្វើឡើងចំពោះទម្រង់បែបបទ សមាជិកនឹងត្រូវផ្តល់សិទ្ធិឱ្យ / បំពេញទម្រង់បែបបទឡើងវិញ។
- ការអនុញ្ញាតនេះនឹងបញ្ចប់ដោយស្វ័យប្រវត្តិក្នុងរយៈពេល 120 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីសមាជិកលែងចុះឈ្មោះជាមួយ L.A. Care ។

ខ្ញុំយល់ថាការព្យាបាល ការបង់ប្រាក់ ការចុះឈ្មោះ ឬសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំមិនទទួលរងផលប៉ះពាល់ដោយថាតើខ្ញុំចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះឬអត់នោះទេ។

កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ	ឈ្មោះបោះពុម្ពរបស់សមាជិក	ហត្ថលេខារបស់សមាជិក
កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ	ឈ្មោះបោះពុម្ព (បើក្រៅពីសមាជិក)	ហត្ថលេខា (បើក្រៅពីសមាជិក)

ប្រគល់ទម្រង់បែបបទទៅ៖ L.A. Care Health Plan, Customer Solution Center, 1200 West 7th Street, Los Angeles, CA 90017

ទូរសារឥតគិតថ្លៃ 844-657-7272 - នេះគឺជាលេខទូរស័ព្ទដែលមានសុវត្ថិភាព។ អ្នកអាចរាប់បញ្ចូលសន្លឹកតម្របមួយដែលមានដាក់សញ្ញាថា “ការសម្ងាត់”។ សូមមេត្តាប្រុងប្រយ័ត្ននៅពេលទូរសារព័ត៌មានសុខភាពដែលទទួលបានការការពារ (Protected Health Information, PHI) ។

ដើម្បីទាញយកឯកសារច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទនេះ សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.lacare.org ។ ចំពោះសំណួរទាក់ទងនឹងទម្រង់បែបបទនេះ ឬវិធីដាក់បញ្ជូនទម្រង់បែបបទនេះ សូមទាក់ទងសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខ **1-888-839-9909** (TTY 711)។ យើងធ្វើការ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

L.A. Care Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) គឺជាគម្រោងសុខភាពមួយដែលមានកិច្ចសន្យាជាមួយទាំង Medicare និង Medi-Cal ដើម្បីផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធីទាំងពីរដល់អ្នកចុះឈ្មោះ។