

대리인 승인 양식

가입자 이름:	중간 이름 이니셜:	성:	
거리 주소:	시:	주:	우편번호:
이메일:	집 전화번호:	휴대폰 번호:	
가입자 ID 번호:	생년월일(MM/DD/YYYY):		
본인은 다음과 같은 목적으로 양식에 서명합니다. <input type="checkbox"/> 대리인 지명 <input type="checkbox"/> 기존의 대리인 지명 취소			
나는: <input type="checkbox"/> 가입자 <input type="checkbox"/> 미성년자의 부모 <input type="checkbox"/> 후견인 <input type="checkbox"/> 보호자 <input type="checkbox"/> 재산 관리인 <input type="checkbox"/> 유언 집행자 <input type="checkbox"/> 기타 _____			
본인의 정보는:			
이름:	중간 이름 이니셜:	성:	
거리 주소:	시:	주:	우편번호:
이메일:	집 전화번호:	휴대폰 번호:	
이 지명은: <input type="checkbox"/> 본인의 건강 플랜 혜택에 있는 회원 관련 모든 용도를 위한 것입니다.			
다음 항목에만 해당(해당 항목을 모두 선택하십시오): <input type="checkbox"/> 가입 <input type="checkbox"/> 프리미엄/금융 <input type="checkbox"/> 청구 <input type="checkbox"/> 이의 제기/재고 요청 <input type="checkbox"/> 기타: _____			
이 승인은 즉시 효력을 발휘하며 다음 때까지 유효합니다: <input type="checkbox"/> 부터 1년 이전 ____/____/____, 또는 가입되지 않은 상태에서 120일이 지난 후까지 유효합니다. <input type="checkbox"/> 특정 날짜 ____/____/____ 에서 ____/____/____ 까지 유효합니다.			

첫 번째 대리인 이름:	중간 이름 이니셜:	성:	
거리 주소:	시:	주:	우편번호:
이메일:	집 전화번호:	휴대폰 번호:	
가입자와의 관계:			
두 번째 대리인 이름:	중간 이름 이니셜:	성:	
거리 주소:	시:	주:	우편번호:
이메일:	집 전화번호:	휴대폰 번호:	
가입자와의 관계:			

첨부된 문서 식별(다음 중 하나의 사본을 제공해야 합니다.):

- 유효한 미국 운전 면허증
 유효한 DMV ID 카드
 출생 증명서
 여권/ID 카드
 정부 발행 사진 ID 카드
 기타 _____

귀하가 부모, 보호자, 후견인, 사망자의 유언집행자이거나, 귀하에게 해당인에 대한 의료 결정 권한이 있음을 입증하는 법적 문서를 첨부해야 합니다.

신분증이 제공되지 않는 경우, 서명을 공증해야 합니다.

**여기에 스탬프를 찍어주세요. 공증인이 스탬프를 찍지 않으면 공식적이지 않습니다.
*공증 서비스는 L.A. Care에서 제공하거나 보장하지 않으며 추가 요금이 부과될 수 있습니다***

_____ 공증

_____/_____/_____ 날짜(MM/DD/YYYY)

이 승인을 통해 상기 대리인은 다음을 수행할 수 있습니다.

- L.A. Care와 귀하의 정보, 의료 서비스 혜택, 진료 및 치료, 청구에 대해 대신하여 논의할 수 있습니다.
- 귀하의 건강 플랜, 의사 및 의료 그룹에 대한 요청 또는 변경 사항을 대신하여 제출할 수 있습니다.
- 귀하를 대신하여 L.A. Care에 이의를 제기할 수 있습니다.
- L.A. Care에게서 귀하의 개인 건강 정보(PHI)를 취득할 수 있습니다. 여기에는 약물 중독, 정신 건강, 행동 건강, 유전 검사 및 HIV/AIDS 상태와 같은 건강 정보 등이 포함될 수 있습니다. 일단 공개되면, 정보는 더 이상 개인 정보 보호법에 의해 보호될 수 없으며, 대리인은 귀하의 승인 없이 더 많은 정보를 공개할 수 있습니다.

가입자:

- 서명하기 전에 양식을 검토하고 완료했습니다.
- L.A. Care에서 요구하는 모든 정보를 제공했습니다.
- L.A. Care와 CA 의료서비스부는 승인된 대리인의 행동이나 그들이 받는 정보로 무엇을 하는지에 대해 책임지지 않는다는 것을 이해합니다.
- L.A. Care에서 취소 요청을 처리하기 전에, 본 승인에 근거하여 취소 행위가 모든 수행된 조치 또는 이미 발표된 정보에 아무런 영향을 주지 않는다는 사실을 이해합니다.

가입자는 다음을 수행할 수 있습니다.

- 18세 이상의 사람을 승인된 대리인으로 지명할 수 있습니다.
- L.A. Care에 서면 요청으로 언제든지 이 승인을 업데이트하거나 취소합니다.
- 이 양식의 사본과 이 승인에서 사용하거나 공유한 정보를 요청합니다.

제한 사항:

- 이 승인은 조기에 서면으로 취소되지 않는 한, 서명 날짜로부터 1년 동안 유효합니다.
- 양식이 변경되면 가입자는 양식을 재승인/재공증을 해야 합니다.
- 이 승인은 가입자가 더 이상 L.A. Care에 가입되지 않은 상태에서 120일이 지난 후에 자동으로 종료됩니다.

본인은 본인의 치료, 지불, 가입, 또는 혜택에 대한 자격이 양식 서명 여부에 영향을 받지 않는다는 것을 이해합니다.

오늘 날짜	가입자 정자체 이름	가입자 서명
오늘 날짜	정자체 이름 (가입자 이외의 경우)	서명 (가입자 이외의 경우)

다음 주소로 양식을 보내주세요: L.A. Care Health Plan, Customer Solution Center, 1200 West 7th Street, Los Angeles, CA 90017

무료 팩스: 844-657-7272 - 안전한 팩스 번호입니다. 기밀 보장이 표시된 표지를 첨부하실 수 있습니다. 비공개 건강 정보(PHI)를 팩스로 보낼 때는 주의하시기 바랍니다.

본 양식의 사본을 다운로드하려면 www.lacare.org를 방문하세요. 본 양식 또는 양식을 제출하는 방법에 관한 질문은 가입자 서비스에 문의하시기 바랍니다. 1-888-839-9909 (TTY 711). 연중무휴(하루 24시간, 주 7일간)로 연락하실 수 있습니다. 통화료는 무료입니다.

L.A. Care Cal MediConnect Plan(Medicare-Medicaid Plan)은 Medicare와 Medi-Cal과 공동 계약하여 가입자에게 두 프로그램의 혜택을 모두 제공하는 건강 플랜입니다.