



## ФОРМА ДЛЯ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

Имя участника:	Инициал отчества:	Фамилия:	
Улица:	Город:	Штат:	Почтовый индекс:
Адрес электронной почты:	Номер домашнего телефона:	Номер мобильного телефона:	
Идентификационный номер участника:		Дата рождения (ДД/ММ/ГГГГ):	
<b>Я подписываю данную форму, чтобы:</b> <input type="checkbox"/> назначить представителя <input type="checkbox"/> отменить существующее назначение представителя			
<b>Я являюсь:</b> <input type="checkbox"/> Участником <input type="checkbox"/> Родителем несовершеннолетнего <input type="checkbox"/> Опекуном <input type="checkbox"/> Попечителем <input type="checkbox"/> Распорядителем имущества <input type="checkbox"/> Исполнителем завещания <input type="checkbox"/> Другое _____			
<b>Моя информация:</b>			
Имя:	Инициал отчества:	Фамилия:	
Улица:	Город:	Штат:	Почтовый индекс:
Адрес электронной почты:	Номер домашнего телефона:	Номер мобильного телефона:	
<b>Цель приема:</b> <input type="checkbox"/> Для всех целей, связанных с моим участием в программе выплаты льгот в рамках плана медицинского страхования.			
<b>Только по поводу</b> (отметить все применимые варианты): <input type="checkbox"/> Регистрации <input type="checkbox"/> Страхового взноса/финансирования <input type="checkbox"/> Страхового требования <input type="checkbox"/> Жалобы/апелляции <input type="checkbox"/> Другое: _____			
<b>Это разрешение вступает в силу незамедлительно и будет действовать до такой даты:</b> <input type="checkbox"/> Раньше, чем через 1 год с ____/____/____, или через 120 дней с даты истечения срока моей регистрации. <input type="checkbox"/> Определенные даты: с ____/____/____ по ____/____/____.			

Имя первого представителя:	Инициал отчества:	Фамилия:	
Улица:	Город:	Штат:	Почтовый индекс:
Адрес электронной почты:	Номер домашнего телефона:	Номер мобильного телефона:	
Кем приходится участнику:			
Имя второго представителя:	Инициал отчества:	Фамилия:	
Улица:	Город:	Штат:	Почтовый индекс:
Адрес электронной почты:	Номер домашнего телефона:	Номер мобильного телефона:	
Кем приходится участнику:			
<p><b>Прилагаются документация, удостоверяющая личность</b> (вы должны предоставить серию копий одного из следующих документов):</p> <p><input type="checkbox"/> Действующие водительские права США    <input type="checkbox"/> Действующая идентификационная карта, выданная Департаментом по регистрации транспортных средств (Department of Motor Vehicles, DMV)    <input type="checkbox"/> Свидетельство о рождении</p> <p><input type="checkbox"/> Паспорт/идентификационная карта    <input type="checkbox"/> Идентификационная карта с фотографией, выданная государственным органом    <input type="checkbox"/> Другое _____</p> <p><b>Необходимо прикрепить юридическую документацию для подтверждения того, что вы являетесь родителем, опекуном, исполнителем завещания или медицинским членом семьи, уполномоченным принимать решения за физическое лицо.</b></p> <p><b>Если идентификационная документация не предоставляется, подпись должна быть нотариально заверена.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Место печати. Не является официальным документом, если отсутствует печать публичного нотариуса.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>*Нотариальные услуги не предоставляются или не возмещаются L.A. Care. Могут взиматься дополнительные сборы*</b></p>			
_____		_____/_____/_____	
Нотариально заверено		Дата (ДД/ММ/ГГГГ)	

**Это разрешение позволяет назначенному представителю:**

- обсуждать вашу информацию, льготы на медицинское обслуживание, уход и лечение, а также страховые требования с L.A. Care от вашего имени;
- подавать запросы или изменения относительно вашего плана медицинского страхования, врачей и медицинской группы от вашего имени;
- подавать претензию в L.A. Care от вашего имени;
- получать вашу личную медицинскую информацию (Personal Health Information, PHI) от L.A. Care. К ней может относиться такая медицинская информация, как данные о злоупотреблении психоактивными веществами, психическом здоровье, об охране психического здоровья, о генетическом тестировании и статусе ВИЧ/СПИД. После разглашения информация больше не может быть защищена законами о конфиденциальности и может в дальнейшем раскрыта представителем без вашего разрешения.

**Участники:**

- ознакомились и заполнили форму до подписания;
- предоставили всю информацию, которая требуется L.A. Care;
- понимают, что L.A. Care и Департамент здравоохранения (Department of Health Care Services) штата Калифорния не несут ответственности за действия уполномоченного представителя или за то, как им обрабатывается полученная информация;
- понимают, что факт отмены не повлияет на какие-либо предпринятые действия или разглашенную информацию на основании этого разрешения до того, как запрос на отмену был обработан L.A. Care.

**Участники имеют право:**

- назначить уполномоченным представителем любое лицо старше 18 лет;
- обновить или отменить это разрешение в любое время, подав письменный запрос в L.A. Care;
- запросить копию этой формы и информацию, используемую или разглашаемую на основании этого разрешения.

**Ограничения:**

- это разрешение действует в течение одного года с даты подписания, если оно не отменено ранее в письменном виде.
- если изменения внесены в форму, участнику необходимо будет повторно утвердить/нотариально заверить форму.
- срок действия этого разрешения автоматически заканчивается через 120 дней после истечения срока регистрации участника в L.A. Care.

**Я понимаю, что мое лечение, оплата, регистрация или право на получение льгот не зависят от того, подписываю ли я эту форму или нет.**

_____	_____	_____
Сегодняшняя дата	Имя и фамилия участника печатными буквами	Подпись участника
_____	_____	_____
Сегодняшняя дата	Имя и фамилия печатными буквами (если не участник)	Подпись (если не участник)

**Отправьте форму по адресу:** L.A. Care Health Plan, Customer Solution Center, 1200 West 7th Street, Los Angeles, CA 90017

**По бесплатному номеру факса: 844-657-7272** — это защищенный номер факса. Вы можете добавить титульный лист с пометкой «Конфиденциально». Будьте осторожны при отправке конфиденциальной медицинской информации (Protected Health Information, PHI) по факсу.

Чтобы скачать копию этой формы, посетите сайт [www.lacare.org](http://www.lacare.org). Вопросы, касающиеся этой формы или ее отправки, можно задать отделу обслуживания участников по тел. **1-888-839-9909** (линия ТТУ: 711). Мы работаем круглосуточно, ежедневно. Звонок бесплатный.

План L.A. Care Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) — это план медицинского страхования, который на основании контракта с программами Medicare и Medi-Cal предоставляет новым участникам страхового плана льготы по обеим программам.