



## FORM PARA SA PINAHINTULUTANG KINATAWAN

Pangalan ng Miyembro:		Gitnang Inisyal:		Apelyido:	
Address ng Kalye:		Lungsod:		Estado:	Zip Code:
Email:		Numero ng Telepono sa Bahay:		Numero ng Cell Phone:	
ID # ng Miyembro:				Petsa ng Kapanganakan (MM/DD/YYYY):	
<b>Pinipirmahan ko ang form para:</b> <input type="checkbox"/> magtalaga ng kinatawan <input type="checkbox"/> bawiin ang umiiral na pagtatalaga ng kinatawan					
<b>Ako ang:</b> <input type="checkbox"/> Miyembro <input type="checkbox"/> Magulang ng isang Menor de Edad <input type="checkbox"/> Tagapangalaga <input type="checkbox"/> Tagaprotekta <input type="checkbox"/> Tagapamahala ng Ari-arian <input type="checkbox"/> Tagapagpatupad ng testamento <input type="checkbox"/> Iba pa _____					
<b>Ang impormasyon ko ay:</b>					
Pangalan:		Gitnang Inisyal:		Apelyido:	
Address ng Kalye:		Lungsod:		Estado:	Zip Code:
Email:		Numero ng Telepono sa Bahay:		Numero ng Cell Phone:	
<b>Ang appointment na ito ay para sa:</b> <input type="checkbox"/> Lahat ng layuning may kaugnayan sa aking pagiging miyembro sa aking mga benepisyo ng plano sa kalusugan.					
<b>Para lamang sa (lagyan ng check ang lahat ng nalalapat):</b> <input type="checkbox"/> Pagpapatala <input type="checkbox"/> Premium/Pinansyal <input type="checkbox"/> Mga Claim <input type="checkbox"/> Karaingan/Apela <input type="checkbox"/> Iba pa: _____					
<b>Magkakabisa kaagad ang pagpapahintulot na ito at mananatiling may bisa hanggang:</b> <input type="checkbox"/> Mas maaga sa 1 taon mula ____/____/_____, o pagkatapos ng 120 araw na hindi na ako nakatala. <input type="checkbox"/> Mga tiyak na petsa mula ____/____/_____ hanggang ____/____/_____.					

Pangalan ng Unang Kinatawan:	Gitnang Inisyal:	Apelyido:	
Address ng Kalye:	Lungsod:	Estado:	Zip Code:
Email:	Numero ng Telepono sa Bahay:	Numero ng Cell Phone:	
Relasyon sa Miyembro:			
Pangalan ng Ikalawang Kinatawan:	Gitnang Inisyal:	Apelyido:	
Address ng Kalye:	Lungsod:	Estado:	Zip Code:
Email:	Numero ng Telepono sa Bahay:	Numero ng Cell Phone:	
Relasyon sa Miyembro:			
<b>Inilakip na dokumentasyon ng pagkakakilanlan</b> <i>(Kailangan mong magbigay ng kopya ng isa sa sumusunod):</i> <input type="checkbox"/> May Bisang Lisensya sa Pagmamaneho sa U.S. <input type="checkbox"/> May Bisang DMV Identification Card <input type="checkbox"/> Katibayan ng Pagkapanganak <input type="checkbox"/> Passport/ID Card <input type="checkbox"/> ID Card na may Larawan na Inisyu ng Gobyerno <input type="checkbox"/> Iba pa _____			
<b>Kailangang nakalakip ang legal na dokumentasyon para patunayan na ikaw ang Magulang, Tagaprotekta, Tagapangalaga, Tagapagpatupad ng Habilin ng Namatay, o May Kapangyarihang Gumawa ng Medikal na Desisyon para sa Indibidwal.</b>			
<b>Kung walang naibigay na pagkakakilanlan, kailangang napanotaryo ang pirma.</b>  <p style="text-align: center; color: red;">Pakilagay dito ang selyo. Hindi opisyal maliban kung nagtataglay ng selyo ng notaryo publiko.  *Hindi ibinibigay o saklaw ng L.A. Care ang mga serbisyo ng notaryo, maaaring nalalapat ang mga karagdagang bayarin*</p>			
_____ Nanotaryohan noong		_____/_____/_____ Petsa (MM/DD/YYYY)	

**Pinapayagan ng Pagpapahintulot na ito ang pinangalanang kinatawan na:**

- talakayin ang iyong impormasyon, mga benepisyo sa pangangalagang pangkalusugan, pangangalaga at paggamot, at mga claim sa L.A. Care para sa iyo.
- magsumite ng mga kahilingan o pagbabago tungkol sa iyong planong pangkalusugan, mga manggagamot, at grupong medikal para sa iyo;
- maghain ng karainan sa L.A. Care para sa iyo.
- kumuha ng iyong Personal na Impormasyong Pangkalusugan (Personal Health Information, PHI) mula sa L.A. Care. Maaring kabilang dito ang impormasyong pangkalusugan tulad ng pag-abuso sa droga at alak, kalusugan ng isip, kalusugan ng pag-uugali, genetic na pagsusuri at estado sa HIV/AIDS. Sa sandaling mailabas, maaring hindi na protektado ang impormasyon ng mga batas sa pagkapribado at maaaring ilantad ng kinatawan nang wala kang pahintulot.

**Mga Miyembro:**

- sinuri at nakumpleto ang form bago pinirmahan.
- naibigay ang lahat ng impormasyong kailangan ng L.A. Care.
- nauunawaan na walang responsibilidad ang L.A. Care at ang Department of Health Care Services ng Estado ng CA para sa mga aksyon ng pinahintulutang kinatawan, o sa kung ano kanilang gagawin sa impormasyong natanggap nila.
- nauunawaan na hindi makakaapekto ang pagpapawalang-bisa sa anumang aksyong ginawa, o anumang impormasyong nailabas na, batay sa Pagpapahintulot na ito bago maproseso ng L.A. Care ang kahilingan na ipawalang-bisa.

**May karapatan ang mga miyembro na:**

- magtalaga ng sinumang tao na mahigit sa 18 taong gulang bilang pinahintulutang kinatawan.
- i-update o ipawalang-bisa ang pagpapahintulot na ito anumang oras gamit ang nakasulat na kahilingan para sa L.A. Care.
- humiling ng kopya ng form na ito at ng impormasyong ginamit o ibinahagi sa pamamagitan ng pagpapahintulot na ito.

**Mga Paghihigpit:**

- kikilalanin ang pagpapahintulot na ito sa loob ng isang taon mula sa petsang nilagdaan maliban kung ipawalang-bisa nang mas maaga sa pamamagitan ng sulat.
- kung may ginawang mga pagbabago sa form, kakailanganin ng miyembro na muling bigyan ng pahintulot/muling ipanotaryo ang form.
- awtomatikong magtatapos ang pagpapahintulot na ito pagkatapos ng 120 araw na hindi na nakatala ang miyembro sa L.A. Care.

**Nauunawaan ko na ang aking paggamot, pagbabayad, pagpapatala, o pagiging karapat-dapat para sa mga benepisyo ay hindi maapektuhan kung pirmahan ko man o hindi ang form na ito.**

<hr/> <b>Petsa Ngayong Araw</b> <hr/>	<hr/> <b>Naka-Print na Pangalan ng Miyembro</b> <hr/>	<hr/> <b>Pirma ng Miyembro</b> <hr/>
<hr/> <b>Petsa Ngayong Araw</b> <hr/>	<hr/> <b>Naka-Print na Pangalan (Kung hindi ang Miyembro)</b> <hr/>	<hr/> <b>Lagda (Kung hindi ang Miyembro)</b> <hr/>

**Ibalik ang form sa:** L.A. Care Health Plan, Customer Solution Center, 1200 West 7th Street, Los Angeles, CA 90017

**Libreng FAX: 844-657-7272** - Isa itong protektadong numero ng fax. Maari kang maglagay ng pantakip na papel na may nakasulat na "Kumpidensyal". Maging maingat kapag ipina-fax ang Protektadong Impormasyong Pangkalusugan (PHI).

Para mag-download ng kopya ng form na ito, mangyaring bumisita sa [www.lacare.org](http://www.lacare.org). Para sa mga tanong tungkol sa form na ito o kung paano isumite ang form na ito, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-888-839-9909** (TTY 711). Available kami 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo. Libre ang pagtawag na ito.

Ang L.A. Care Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) ay isang planong pangkalusugan na kinontrata ang Medicare at Medi-Cal para magbigay ng mga benepisyo ng parehong programa sa mga nakatala.