

## MẪU ĐƠN CHỈ ĐỊNH NGƯỜI ĐẠI DIỆN ĐƯỢC CHẤP THUẬN

Tên của Hội Viên:	Chữ Cái Đầu Tên Đệm:	Họ:	
Địa Chỉ:	Thành Phố:	Tiểu Bang:	Mã Bưu Điện:
Email:	Điện Thoại Nhà Riêng:	Điện Thoại Di Động:	
Số ID Hội Viên:	Ngày Sinh (MM/DD/YYYY):		
<b>Tôi đang ký tên vào mẫu đơn này để:</b> <input type="checkbox"/> Chỉ định một người đại diện <input type="checkbox"/> Thu hồi chỉ định người đại diện hiện tại			
<b>Tôi là:</b> <input type="checkbox"/> Hội Viên <input type="checkbox"/> Phụ Huynh của Trẻ Vị Thành Niên <input type="checkbox"/> Người Giám Hộ <input type="checkbox"/> Người Bảo Vệ <input type="checkbox"/> Quản Trị Viên Bất Động Sản <input type="checkbox"/> Người thi hành di chúc <input type="checkbox"/> Khác _____			
<b>Thông tin của tôi:</b>			
Tên:	Chữ Cái Đầu Tên Đệm:	Họ:	
Địa Chỉ:	Thành Phố:	Tiểu Bang:	Mã Bưu Điện:
Email:	Điện Thoại Nhà Riêng:	Điện Thoại Di Động:	
<b>Cuộc hẹn này là:</b> <input type="checkbox"/> Dành cho tất cả các mục đích liên quan đến tư cách hội viên của tôi đối với quyền lợi chương trình bảo hiểm sức khỏe của tôi.			
<b>Chỉ dành cho</b> (đánh dấu vào tất cả các lựa chọn phù hợp): <input type="checkbox"/> Ghi Danh <input type="checkbox"/> Phí Bảo Hiểm/Tài Chính <input type="checkbox"/> Yêu Cầu Bồi Hoàn <input type="checkbox"/> Than Phiếu/Kháng Cáo <input type="checkbox"/> Khác: _____			
<b>Ủy quyền này có hiệu lực ngay lập tức và vẫn sẽ có hiệu lực cho đến khi:</b> <input type="checkbox"/> Trước 1 năm kể từ ____/____/____ hoặc 120 ngày sau khi tôi không còn thuộc diện ghi danh nữa. <input type="checkbox"/> Ngày cụ thể từ ____/____/____ đến ____/____/____.			

Tên của Người Đại Diện Thứ Nhất:	Chữ Cái Đầu Tên Đệm:	Họ:	
Địa Chỉ:	Thành Phố:	Tiểu Bang:	Mã Bưu Điện:
Email:	Điện Thoại Nhà Riêng:	Điện Thoại Di Động:	
Quan Hệ với Hội Viên:			
Tên của Người Đại Diện Thứ Hai:	Chữ Cái Đầu Tên Đệm:	Họ:	
Địa Chỉ:	Thành Phố:	Tiểu Bang:	Mã Bưu Điện:
Email:	Điện Thoại Nhà Riêng:	Điện Thoại Di Động:	
Quan Hệ với Hội Viên:			
<p><b>Giấy tờ tùy thân kèm theo</b> (Quý vị phải cung cấp bản sao của một trong những giấy tờ sau đây):</p> <p> <input type="checkbox"/> Giấy Phép Lái Xe Hoa Kỳ hợp lệ    <input type="checkbox"/> Thẻ ID DMV hợp lệ    <input type="checkbox"/> Giấy Khai Sinh  <input type="checkbox"/> Hộ Chiếu/Thẻ ID    <input type="checkbox"/> Thẻ ID Có Ảnh Do Chính Phủ Cấp  <input type="checkbox"/> Khác _____ </p> <p><b>Phải đính kèm hồ sơ pháp lý để xác minh quý vị là Phụ Huynh, Người Bảo Vệ, Người Giám Hộ, Người Thi Hành Di Chúc của Người Quá Cố hoặc Có Thẩm Quyền Đưa Ra Quyết Định Y Tế cho Cá Nhân đó.</b></p>			
<p><b>Trong trường hợp không cung cấp giấy tờ tùy thân, chữ ký phải được công chứng.</b></p> <p style="text-align: center; color: red;"> <b>Vui lòng đóng dấu ở đây. Chưa chính thức trừ khi có dấu của Công Chứng Viên.</b>  <b>*L.A. Care không cung cấp hoặc đài thọ dịch vụ công chứng, phụ phí có thể áp dụng*</b> </p>			
<hr/> <b>Công chứng bởi</b>		<hr/> <b>Ngày (MM/DD/YYYY)</b>	

### Chấp Thuận này cho phép người đại diện được nêu tên:

- thay mặt quý vị thảo luận về thông tin, quyền lợi chăm sóc sức khỏe, hoạt động chăm sóc và điều trị cũng như yêu cầu bồi hoàn với L.A. Care.
- thay mặt quý vị gửi các yêu cầu hoặc những thay đổi trong chương trình bảo hiểm sức khỏe, bác sĩ và nhóm y tế;
- thay mặt quý vị nộp đơn than phiền lên L.A. Care.
- thu thập Thông Tin Sức Khỏe Cá Nhân (Personal Health Information, PHI) của quý vị từ L.A. Care. Thông tin có thể bao gồm thông tin sức khỏe, chẳng hạn như lạm dụng dược chất, sức khỏe tâm thần, sức khỏe hành vi, xét nghiệm di truyền và tình trạng HIV/AIDS. Sau khi được tiết lộ, có thể thông tin sẽ không còn được bảo vệ bởi luật riêng tư và có thể được người đại diện tiết lộ thêm mà không cần sự chấp thuận của quý vị.

### Hội Viên:

- xem lại và hoàn thành mẫu đơn này trước khi ký tên.
- cung cấp tất cả thông tin theo yêu cầu của L.A. Care.
- hiểu rằng L.A. Care và Ban Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Tiểu Bang CA không chịu trách nhiệm về hành động của người đại diện được chấp thuận hoặc những gì họ làm với thông tin họ nhận được.
- hiểu rằng việc thu hồi sẽ không ảnh hưởng đến bất kỳ hành động nào được thực hiện hay bất cứ thông tin nào đã được tiết lộ theo Chấp Thuận này trước khi L.A. Care xử lý yêu cầu thu hồi.

### Hội Viên có quyền:

- chỉ định bất kỳ người nào trên 18 tuổi làm người đại diện được chấp thuận.
- cập nhật hoặc thu hồi chấp thuận này bất cứ lúc nào bằng cách gửi văn bản yêu cầu đến L.A. Care.
- yêu cầu cung cấp bản sao của mẫu đơn này và thông tin được sử dụng hoặc chia sẻ theo chấp thuận này.

### Hạn Chế:

- chấp thuận này được công nhận trong thời gian một năm kể từ ngày ký trừ khi thu hồi sớm hơn bằng văn bản.
- trong trường hợp có thay đổi đối với mẫu đơn này, hội viên cần phải thực hiện chấp thuận lại/tái công chứng mẫu đơn.
- chấp thuận này sẽ tự động kết thúc trong vòng 120 ngày sau khi hội viên không còn thuộc diện ghi danh tại L.A. Care nữa.

Tôi hiểu rằng hoạt động điều trị, thanh toán, ghi danh hoặc tính hội đủ điều kiện hưởng quyền lợi của tôi không chịu ảnh hưởng bởi việc tôi có ký tên vào mẫu đơn này hay không.

Ngày Hôm Nay	Tên Viết In Hoa của Hội Viên	Chữ Ký của Hội Viên
Ngày Hôm Nay	Tên Viết In Hoa (Nếu không phải là Hội Viên)	Chữ Ký (Nếu không phải là Hội Viên)

**Gửi lại mẫu đơn đến:** L.A. Care Health Plan, Customer Solution Center, 1200 West 7th Street, Los Angeles, CA 90017

**FAX miễn phí: 844-657-7272** - Đây là số fax an toàn. Quý vị có thể gửi kèm một tờ bì đánh dấu "Confidential" (Bảo mật). Vui lòng gửi fax Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ (Protected Health Information, PHI) một cách thận trọng.

Để tải về bản sao của mẫu đơn này, vui lòng truy cập [www.lacare.org](http://www.lacare.org). Đối với những câu hỏi liên quan đến mẫu đơn này hoặc cách gửi mẫu đơn này, vui lòng liên hệ với Ban Dịch Vụ Hội Viên tại **1-888-839-9909** (TTY 711). Chúng tôi làm việc 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần. Cuộc gọi này là miễn phí.

L.A. Care Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) là một chương trình bảo hiểm sức khỏe có hợp đồng với cả Medicare và Medi-Cal nhằm cung cấp quyền lợi của cả hai chương trình cho người tham gia.