



ទម្រង់បែបបទអ្នកតំណាងដែលបានអនុញ្ញាត

នាមខ្លួនរបស់សមាជិក៖	MI៖	នាមត្រកូល៖	
អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖	ទីក្រុង៖	រដ្ឋ៖	ហ្សឺបកូដ៖
អីមែល៖	លេខទូរសព្ទនៅផ្ទះ ៖	លេខទូរសព្ទដៃ ៖	
លេខសម្គាល់សមាជិក ៖	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)៖		

ខ្ញុំចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទដើម្បី៖  
 តែងតាំងអ្នកតំណាង  បញ្ឈប់ការតែងតាំងអ្នកតំណាងដែលមានស្រាប់

ខ្ញុំគឺជា៖  
 សមាជិក  មាតាបិតាអនីតិជន  អាណាព្យាបាល  អ្នកអភិរក្ស  រដ្ឋបាល Estate  
 អ្នកប្រតិបត្តិវិនិយោគ៖  ផ្សេងទៀត \_\_\_\_\_

ព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំគឺ៖

នាមខ្លួន៖	MI៖	នាមត្រកូល៖	
អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖	ទីក្រុង៖	រដ្ឋ៖	ហ្សឺបកូដ៖
អីមែល៖	លេខទូរសព្ទនៅផ្ទះ ៖	លេខទូរសព្ទដៃ ៖	

ការតែងតាំងនេះគឺដើម្បី៖  គោលបំណងទាំងអស់ដែលទាក់ទងនឹងសមាជិកភាពរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងអត្ថប្រយោជន៍នៃផែនការសុខភាពរបស់ខ្ញុំ។

សម្រាប់តែ (គូស្នើកម្ចីទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ)៖  ការចុះឈ្មោះ  បុព្វលាភ/ហិរញ្ញវត្ថុ  ការទាមទារ  បណ្តឹងសារទុក្ខ/បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍  
 ផ្សេងៗ៖ \_\_\_\_\_

ការអនុញ្ញាតនេះមានប្រសិទ្ធភាពភ្លាមៗ ហើយនឹងនៅបន្តមានសុពលភាពរហូតដល់៖  
 មុន 1 ឆ្នាំចាប់ពី \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ឬ 120 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីខ្ញុំលែងចុះឈ្មោះ។  
 កាលបរិច្ឆេទជាក់លាក់ចាប់ពី \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ដល់ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ។

នាមខ្លួនរបស់អ្នកតំណាងទី 1៖	MI៖	នាមត្រកូល៖	
អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖	ទីក្រុង៖	រដ្ឋ៖	ហ្សឺបកូដ៖
អីមែល៖	លេខទូរសព្ទនៅផ្ទះ #៖	លេខទូរសព្ទដៃ #៖	
ត្រូវជាអ្វីជាមួយសមាជិក៖			
ឈ្មោះរបស់អ្នកតំណាងទី 2៖	MI៖	នាមត្រកូល៖	
អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖	ទីក្រុង៖	រដ្ឋ៖	ហ្សឺបកូដ៖
អីមែល៖	លេខទូរសព្ទនៅផ្ទះ #៖	លេខទូរសព្ទដៃ #៖	
ត្រូវជាអ្វីជាមួយសមាជិក៖			
<p><b>ឯកសារបញ្ជាក់អត្តសញ្ញាណដែលភ្ជាប់មកជាមួយ (អ្នកត្រូវតែផ្តល់ឯកសារចតចម្លងមួយក្នុងចំណោមឯកសារខាងក្រោម៖</b></p> <p><input type="checkbox"/> បណ្ណបើកបរសហរដ្ឋអាមេរិកមានសុពលភាព   <input type="checkbox"/> អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណមានសុពលភាព DMV   <input type="checkbox"/> សំបុត្រកំណើត</p> <p><input type="checkbox"/> លិខិតឆ្លងដែន / អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ   <input type="checkbox"/> អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណដែលមានរូបថតចេញដោយរដ្ឋាភិបាល</p> <p><input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ៖ _____</p> <p><b>ឯកសារផ្លូវច្បាប់ ដើម្បីបញ្ជាក់ថាអ្នកជាឪពុកម្តាយ អ្នកអភិរក្ស អាណាព្យាបាល អ្នកប្រតិបត្តិធនៈរបស់អ្នកក្នុងបន្ទុក ឬមានសិទ្ធិអំណាចក្នុងការសម្រេចចិត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់បុគ្គលម្នាក់ៗត្រូវតែភ្ជាប់មកជាមួយ។</b></p> <p><b>ប្រសិនបើគ្មានព័ត៌មានកំណត់អត្តសញ្ញាណទេ ហត្ថលេខាត្រូវតែមានការទទួលស្គាល់។</b></p> <p style="text-align: center;"><b>សូមបោះត្រានៅទីនេះ។ មិនផ្លូវការទេ ប្រសិនបើគ្មានការបោះត្រាពីសាក្សីជាសាធារណៈ។</b>  <b>*សេវាកម្មសាក្សីមិនត្រូវបានផ្តល់ជូន ឬផ្តល់ជូនដោយ L.A Care នោះទេ ថ្លៃសេវាបន្ថែមអាចត្រូវបានអនុវត្ត*</b></p>			
_____ បានបញ្ជាក់ដោយ		_____ កាលបរិច្ឆេទ (MM/DD/YYYY)	

**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 ការធ្វើតេស្តហ្វេរ៉ូន និងស្ថានភាពអេដស៍/អ៊ីវ។ នៅពេលចេញផ្សាយ ព័ត៌មាននេះនឹងលែងត្រូវបានការពារដោយច្បាប់ឯកជនភាព ហើយអាចនឹងត្រូវបានបង្ហាញបន្ថែមដោយអ្នកតំណាងដោយគ្មានការអនុញ្ញាតពីអ្នក។

**សមាជិក៖**

- ពិនិត្យ និងបំពេញទម្រង់បែបបទមុនពេលចុះហត្ថលេខា។
- ផ្តល់ជូនព័ត៌មានទាំងអស់ដែលតម្រូវដោយ L.A. Care ។
- យល់ថា L.A. Care នឹងក្រសួងសេវាកម្មថែទាំសុខភាពនៃរដ្ឋ CA មិនទទួលខុសត្រូវចំពោះសកម្មភាពរបស់អ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត ឬអ្វីដែលពួកគេធ្វើជាមួយព័ត៌មានដែលពួកគេទទួលបាន។
- យល់ថាការដកហូតសិទ្ធិនេះនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់សកម្មភាពណាមួយដែលបានអនុវត្ត ឬព័ត៌មានណាមួយដែលត្រូវបានចេញផ្សាយរួចហើយដោយផ្អែកលើការអនុញ្ញាតនេះ 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 ឬសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំមិនទទួលរងផលប៉ះពាល់ដោយថាខ្ញុំចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះឬអត់នោះទេ។

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។ អ្នកអាចរាប់បញ្ចូលសន្លឹកគម្របមួយដែលមានដាក់សញ្ញាថា "ការសម្ងាត់"។ សូមមេត្តាប្រុងប្រយ័ត្ននៅពេលទូរសារព័ត៌មានសុខភាពដែលទទួលបានការការពារ (Protected Health Information, PHI)។

ដើម្បីទាញយកឯកសារចតចម្លងនៃទម្រង់បែបបទនេះ សូមចូលមើលគេហទំព័រ [www.lacare.org](http://www.lacare.org) ។ ចំពោះសំណួរទាក់ទងនឹងទម្រង់បែបបទនេះ ឬវិធីដាក់បញ្ជូនទម្រង់បែបបទនេះ សូមទាក់ទងសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខ **1-888-839-9909** (TTY 711)។ យើងធ្វើការ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។