

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):	
Я подписываю данную форму, чтобы: <input type="checkbox"/> назначить представителя <input type="checkbox"/> отменить существующее назначение представителя			
Я являюсь: <input type="checkbox"/> Участником <input type="checkbox"/> Родителем несовершеннолетнего <input type="checkbox"/> Опекунуом <input type="checkbox"/> Попечителем <input type="checkbox"/> Распорядителем имущества <input type="checkbox"/> Исполнителем завещания <input type="checkbox"/> Другое _____			
Моя информация:			
Имя:	Инициал отчества:	Фамилия:	
Улица:	Город:	Штат:	Почтовый индекс:
Адрес электронной почты:	Номер домашнего телефона:	Номер мобильного телефона:	
Цель приема: <input type="checkbox"/> Для всех целей, связанных с моим участием в программе выплаты льгот в рамках плана медицинского страхования.			
Только по поводу (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: _____			
Это разрешение вступает в силу незамедлительно и будет действовать до такой даты: <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>Прилагается документация, удостоверяющая личность (вы должны предоставить ксерокопию 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>Необходимо прикрепить юридическую документацию для подтверждения того, что вы являетесь родителем, попечителем, опекуном, исполнителем завещания или медицинским учреждением, уполномоченным принимать решения за физическое лицо.</p> <p>Если идентификационная документация не предоставляется, подпись должна быть нотариально заверена.</p> <p style="text-align: center;">Место печати. Не является официальным документом, если отсутствует печать публичного нотариуса.</p> <p style="text-align: center;">*Нотариальные услуги не предоставляются или не возмещаются L.A. Care. Могут взиматься дополнительные сборы*</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. 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.