



نموذج إلغاء - ممثل معتمد

يمكن استخدام هذا النموذج لإلغاء (إزالة) ممثل معتمد تم تعيينه مسبقًا. إذا اخترت إرسال هذا النموذج، فيجب تعبئته بالكامل وإعادته إلى L.A. Care على العنوان المدرج في هذا النموذج.

القسم 1: معلومات العضو			
الاسم الأول للعضو:		الحرف الأول من الاسم الأوسط:	اسم العائلة:
عنوان الشارع	المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:
البريد الإلكتروني:	رقم هاتف المنزل:	رقم الهاتف الخليوي:	
رقم بطاقة معرف العضوية:	تاريخ الميلاد (MM/DD/YYYY):		
القسم 2: الممثل المعتمد الذي ستتم إزالته			
الاسم الأول للممثل المعتمد:		الحرف الأول من الاسم الأوسط:	اسم العائلة:
عنوان الشارع	المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:
البريد الإلكتروني:	رقم هاتف المنزل:	رقم الهاتف الخليوي:	
العلاقة بالعضو:	تاريخ الميلاد (MM/DD/YYYY):		

يجب عليك:

- مراجعة النموذج وإكماله قبل التوقيع.
- تقديم جميع المعلومات المطلوبة من قبل L.A. Care.
- فهم أن هذا الإلغاء لن يؤثر على أي إفصاحات تم إجراؤها بالفعل بناءً على موافقتي المسبقة قبل استلام هذا الطلب بالإلغاء ومعالجته بواسطة L.A. Care.
- فهم أن علاجي أو الدفع أو التسجيل أو الأهلية للحصول على المزايا لا تتأثر بما إذا قمت بتوقيع هذا النموذج أم لا.

من خلال التوقيع أدناه، أُلغى تفويضتي لاستخدام والإفصاح عن معلوماتي الصحية المحمية للممثل المحدد في هذا النموذج.

تاريخ اليوم

اسم مقدم الطلب كتابةً

توقيع مقدم الطالب

وثائق تحديد الهوية المرفقة لمقدم الطلب (يجب تقديم صورة من أحد ما يلي):

رخصة قيادة أمريكية سارية المفعول بطاقة هوية لغير السائقين سارية المفعول صادرة عن إدارة المركبات الآلية (Department of Motor Vehicles, DMV) شهادة ميلاد جواز السفر/ بطاقة الهوية بطاقة هوية تحمل صورة صادرة من الحكومة غير ذلك: _____

السلطة القانونية للمتقدم لطلب هذا التغيير:

ذاته الوالد/الوصي وصي توكيل رسمي غير ذلك: _____
ملحوظة: إذا كان المقدم غير الشخص ذاته، يجب عليك إرفاق المستندات القانونية للتحقق من أن لديك السلطة القانونية لطلب هذا التغيير.

إذا لم يتم إرفاق وثيقة هوية، فيجب التصديق على التوقيع.

رجاءً ضع ختم هنا. لا يعتبر النموذج رسمياً ما لم يختم من كاتب عدل.
لا يتم توفير خدمات كاتب العدل أو تغطيتها من قبل L.A. Care، وقد يتم تطبيق رسوم إضافية

التاريخ (MM/DD/YYYY)

موثقة من قبل

أرجع النموذج إلى:

L.A. Care Health Plan
CSC – Authorized Rep Form
1200 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

رقم الفاكس المجاني: 1.844.657.7272 - هذا رقم فاكس آمن. يمكنك إدراج ورقة غلاف مكتوب عليها "سري".
يرجى توخي الحذر عند إرسال المعلومات الصحية المحمية (PHI Personal Health Information,) بالفاكس.

لتنزيل نسخة من هذا النموذج يرجى زيارة lacare.org. للاستفسارات المتعلقة بهذا النموذج أو كيفية إرسال هذا النموذج ،
يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على (TTY 711) 1.888.839.9909. نحن في الخدمة على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع. هذه المكالمات مجانية.

يمكنك الحصول على هذا النموذج مجاناً باللغة العربية أو الأرمنية أو الصينية أو الفارسية أو الخميرية أو الكورية أو الروسية أو الإسبانية أو التاغالوغية أو الفيتنامية أو التتسيقات الأخرى، مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو طريقة برايل للمكفوفين أو تسجيل صوتي. اتصل على الرقم **1.833.522.3767** يجب على مستخدمي TTY/TDD الاتصال على الرقم **711**. نحن في الخدمة على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية.