



## 授權代表 – 撤銷申請表

本表格可用於撤銷(移除)先前指定的授權代表。如果您選擇提交本表格，您必須完整填寫本表格並將其交還至本表格上所列的地址給 L.A. Care。

第 1 部分：會員資訊			
會員名字：	中間名縮寫：	姓氏：	
街道地址：	城市：	州：	郵遞區號：
電子郵件：	家用電話號碼：	手機號碼：	
會員識別號碼：	出生日期(月月/日日/年年年年)：		
第 2 部分：欲移除的授權代表			
代表名字：	中間名縮寫：	姓氏：	
街道地址：	城市：	州：	郵遞區號：
電子郵件：	家用電話號碼：	手機號碼：	
與會員的關係：	出生日期(月月/日日/年年年年)：		

### 您必須：

- 在簽名之前檢查並填妥表格。
- 提供 L.A. Care 所需的所有資訊。
- 瞭解此撤銷將不會影響在 L.A. Care 收到並處理此撤銷申請之前，已根據本人預先授權披露的任何資訊。
- 瞭解本人的治療、給付、參保或福利資格不會因本人是否簽署本表格而受到影響。

在下方簽名即表示本人撤銷讓本表格所列的代表使用和披露本人受保護健康資訊的授權。

今天日期

申請人正楷姓名

申請人簽名

所附的申請人身分證明文件(下列其中一項的影本):

- 有效的美國駕照    有效的車輛管理局 (Department of Motor Vehicles, DMV) 身分證    出生證明  
 護照/身分證    由政府核發且附照片的身分證    其他: \_\_\_\_\_

申請人申請此項變更的法律授權:

- 本人    父母/監護人    保護人    授權代理人    其他: \_\_\_\_\_

註:除本人外,您必須附上法律文件,以證明您獲得法律授權可以申請此項變更。

若沒有附上身分證明,則必須對簽名進行公證。

請在此處蓋章。除非由公證人蓋章,否則不屬於正式文件。  
\*L.A. Care 不提供也不承保公證服務,公證服務可能需收費\*

公證人

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
日期(月月/日日/年年年)

請將表格交還至:

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

**免費傳真: 1.844.657.7272** - 該傳真號碼安全可靠。您可以附上一張標有「機密文件」的封頁。  
在傳真受保護的健康資訊 (Protected Health Information, PHI) 時,請務必小心謹慎。

如欲下載此表格的副本,請瀏覽 [lacare.org](http://lacare.org)。如對此表格或提交此表格的方式有疑問,請致電 **1.888.839.9909 (TTY 711)** 與會員服務部聯絡。我們每週 7 天,每天 24 小時皆為您提供服務。上述電話均為免費。

您可免費獲得此表格的阿拉伯文版、亞美尼亞文版、中文版、波斯文版、高棉文版、韓文版、俄文版、西班牙文版、塔加拉文版、越南文版或像是大字版、盲文版或語音版等其他格式。請致電 **1.833.522.3767**。TTY/TDD 使用者請致電 **711**。我們每週 7 天,每天 24 小時皆為您提供服務。上述電話均為免費。