



ĐẠI DIỆN ĐƯỢC ỦY QUYỀN – MẪU ĐƠN THU HỒI

Mẫu đơn này có thể được sử dụng để thu hồi (loại bỏ) Đại Diện Được Ủy Quyền đã được chỉ định trước đó. Nếu quý vị chọn nộp mẫu đơn này, quý vị phải điền đầy đủ thông tin và gửi lại cho L.A. Care theo địa chỉ được ghi trên mẫu đơn này.

Mục 1: Thông Tin Hội Viên			
Tên của Hội Viên:	Chữ Cái Đầu Tên Lót:	Họ:	
Địa Chỉ:	Thành Phố:	Tiểu Bang:	Mã Zip:
Email:	Số Điện Thoại Nhà:	Số Điện Thoại Di Động:	
Số ID của Hội Viên:	Ngày Sinh (Tháng/Ngày/Năm):		
Mục 2: Loại Bỏ Đại Diện Được Ủy Quyền			
Tên của Đại Diện:	Chữ Cái Đầu Tên Đệm:	Họ:	
Địa Chỉ:	Thành Phố:	Tiểu Bang:	Mã Zip:
Email:	Số Điện Thoại Nhà:	Số Điện Thoại Di Động:	
Mối Quan Hệ với Hội Viên:	Ngày Sinh (Tháng/Ngày/Năm):		

Quý vị phải:

- 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 việc thu hồi này sẽ không ảnh hưởng đến bất kỳ tiết lộ nào đã được thực hiện dựa trên sự cho phép trước đó của tôi trước khi yêu cầu thu hồi này được L.A. Care tiếp nhận và xử lý.
- hiểu rằng việc điều trị, thanh toán, ghi danh hoặc tình trạng đủ điều kiện hưởng quyền lợi của tôi không bị ảnh hưởng bởi việc tôi có ký vào mẫu đơn này hay không.

Bằng việc ký tên dưới đây, tôi thu hồi việc cho phép sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi cho người đại diện được xác định trên mẫu đơn này.

Ngày Hôm Nay

Tên Viết In Hoa của Người Yêu Cầu

Chữ Ký của Người Yêu Cầu

Giấy tờ tùy thân của người yêu cầu được đính kèm (Một bản sao của một trong những giấy tờ sau đây):

☐ Giấy Phép Lái Xe Hợp Lệ ở Mỹ ☐ Thẻ Căn Cước DMV Hợp Lệ ☐ Giấy Khai Sinh
☐ Hộ Chiếu/Thẻ ID ☐ Thẻ ID Có Ảnh Do Chính Phủ Cấp ☐ Khác: _____

Thẩm quyền pháp lý của người yêu cầu để yêu cầu thay đổi này:

☐ Bản Thân ☐ Phụ Huynh/Người Giám Hộ ☐ Người Bảo Trợ ☐ Giấy Ủy Quyền ☐ Khác: _____

Lưu ý: Ngoài bản thân, quý vị phải đính kèm giấy tờ pháp lý để xác minh rằng quý vị có thẩm quyền pháp lý để yêu cầu thay đổi này.

Trong trường hợp không kèm theo giấy tờ tùy thân, chữ ký phải được công chứng.

Vui lòng đóng dấu ở đây. Không chính thức trừ khi được Công Chứng Viên đóng dấu.

L.A. Care không cung cấp hoặc đài thọ dịch vụ công chứng, lệ phí có thể áp dụng

Được công chứng bởi

_____/_____/_____
Ngày (Tháng/Ngày/Năm)

Gửi lại mẫu đơn cho:

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

FAX miễn cước: 1.844.657.7272 - Đây là số fax an toàn. Quý vị có thể gửi kèm một tờ bìa ghi "Confidential" (Bảo mật).
Xin thận trọng khi chuyển fax Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ (Protected Health Information, PHI).

Để tải về bản sao của mẫu đơn này, vui lòng truy cập **lacare.org**. Nếu có thắc mắc về mẫu đơn này hoặc cách gửi mẫu đơn này, vui lòng liên hệ với ban Dịch Vụ Hội Viên theo số **1.888.839.9909 (TTY 711)**. Chúng tôi làm việc 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Cuộc gọi này được miễn cước.

Quý vị có thể nhận mẫu đơn này miễn phí bằng Tiếng Ả-rập, Tiếng Armenia, Tiếng Hoa, Tiếng Ba Tư, Tiếng Khmer, Tiếng Hàn, Tiếng Nga, Tiếng Tây Ban Nha, Tiếng Tagalog, Tiếng Việt hay các định dạng khác, chẳng hạn như bản in cỡ chữ lớn, chữ nổi braille hay dạng âm thanh. Gọi số **1.833.522.3767**. Người dùng TTY/TDD cần gọi số **711**. Chúng tôi làm việc 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Cuộc gọi này được miễn cước.