

٢ ٦
L J

لاستخدام المقاطعة فقط:

٢ ٦
L J

تاريخ الإعلان: _____
رقم الحالة: _____
اسم العامل: _____
رقم هوية العامل: _____
رقم هاتف العامل: _____
ساعات العمل: _____
عنوان محل العمل: _____

إشعار تعيين ممثل مصرح

هذا الإشعار خاص بمقدمي الطلبات، والمستفيدين، والممثلين المصرحين المعيّنين مؤخرًا. ويسري هذا الإشعار على

لقد استلمت هذا الإشعار بسبب:

- قيامك بتعيين الممثل المصرح بخطة Medi-Cal أو
- تعيينك ممثلًا مصرحًا بخطة Medi-Cal.

دور الممثل المصرح

يعين مقدم الطلب أو المستفيد شخصًا أو منظمة كـممثل مصرح لمساعدته في جميع الواجبات أو بعضها والمتعلقة بالأهلية والتسجيل بخطة Medi-Cal. ويتم اختياره كذلك في حالة اختياره إرسال نسخ من الإشعارات والبريد الآخر إلى الممثل المصرح. ويساعد الممثل المصرح في الواجبات حتى:

- الإلغاء سواء بواسطة مقدم الطلب أو المستفيد أو الممثل المصرح أو
- بعد 90 يومًا من الرفض أو الإيقاف (ما لم يتم الإلغاء بواسطة أي طرف)

بخصوص مقدم الطلب أو المستفيد

يرفق بالإشعار المائل نموذج "تعيين الممثل المصرح" (MC 382). ويحدد هذا النموذج الواجبات التي تمنحها للممثل المصرح. ويحدد الجزء C من النموذج نسخ الإشعارات والرسائل الأخرى التي تطلب منا إرسالها إلى الممثل المصرح، إن وجدت.

توجد في مقدمة الخطاب المائل معلومات الاتصال داخل المقاطعة. ويرجى الاتصال بنا إن أردت:

- تغيير واجبات الممثل المصرح الخاص بك.
- تغيير الإشعارات أو الرسائل الأخرى المرسلة إلى الممثل المصرح.
- إلغاء تعيين الممثل المصرح الخاص بك.

بخصوص الممثل المصرح

بقبول التعيين كممثل مصرح، فإنك توافق على:

- احترام جميع القوانين الاتحادية على مستوى الولاية الخاصة بالممثلين المصرح لهم. ويتضمن ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، القوانين المتعلقة بسرية المعلومات، وحظر نقل دعاوى المقدم وتعارض المصالح.
- إن كنت موظفاً أو مقاولاً لمقدم خدمات الرعاية الصحية، يجب عليك تقديم إفصاح خطي إلى مقدم الطلب أو المستفيد قبل التصرف بالنيابة عنهم. ويجب أن يحدد الإفصاح:
 - عملك أو تعاقدك مع مقدم خدمات أو منشأة الرعاية الصحية.
 - أي تعارض محتمل في المصالح.
- يمكنك إلغاء تفويضك كممثل مصرح في أي وقت من خلال إخطار مكتب المقاطعة.

المنظمات فقط: يجب على كل شخص يتصرف بالنيابة عن المنظمة تقديم نموذج اتفاق الممثل المصرح القياسي (MC 383) إلى مكتب المقاطعة. وللحصول على نسخة من هذا النموذج، اتصل بمكتب المقاطعة.

ولمزيد من المعلومات عن حقوق ومسؤوليات Medi-Cal، يرجى قراءة قسم "معلومات مهمة للأشخاص الذين يطلبون خطة Medi-Cal" بنموذج MC 219 الذي يرفق مع هذا الإشعار.

وإن لم توافق على المسؤوليات الواردة في هذا الإشعار أو لم ترغب أن تكون ممثلاً مصرحاً، اتصل بمكتب المقاطعة.