

		Γ	Γ
		L	J
		Միայն Շրջանի օգտագործման համար	
Γ	Γ	Ծանուցման ամսաթիվը`	_____
		Գործի համարը`	_____
		Աշխատողի անունը`	_____
		Աշխատողի ID համարը`	_____
		Աշխատողի հեռախոսի համարը`	_____
		Աշխատանքային ժամերը	_____
L	J	Գրասենյակի հասցեն`	_____

Ծանուցում լիազոր ներկայացուցիչ նշանակելու մասին

Այս ծանուցումը նախատեսված է դիմորդների, նպաստառուների և վերջերս նշանակված լիազոր ներկայացուցիչների համար: Այս ծանուցումը վերաբերում է
- ին:

- Դուք ստացել եք այս ծանուցումը, քանի որ`
- Դուք «Medi-Cal»- ի լիազոր ներկայացուցիչ եք նշանակել **կամ**
- Դուք «Medi-Cal»- ի լիազոր ներկայացուցիչ եք նշանակվել:

Լիազոր ներկայացուցիչ դերը

Դիմորդը կամ նպաստառուն որևէ անձի կամ կազմակերպության իր լիազոր ներկայացուցիչն է նշանակում, որպեսզի վերջինս օգնի նրան «Medi-Cal»- ի իր իրավունակության կամ ծրագրում ընդգրկվելու հետ կապված իր պարտականությունները կամ դրանց մի մասը կատարելու հարցում: Նա որոշում է նաև, թե արդյոք ծանուցումների և այլ նամակների օրինակները պետք է ուղարկվեն լիազոր ներկայացուցիչին: Լիազոր ներկայացուցիչն օգնում է պարտականությունների կատարման հարցում մինչև`

- դիմորդի կամ նպաստառուի կամ էլ լիազոր ներկայացուցիչ կողմից լիազորության չեղարկումը կամ
- մերժումից կամ դադարեցումից հետո 90- օրյա ժամկետի լրանալը (եթե կողմերից որևէ մեկը չի չեղարկել այն) :

Դիմորդին կամ նպաստառուին

Այս ծանուցմանը կից ուղարկվել է «Լիազոր ներկայացուցիչ նշանակում» կոչվող ձևաթուղթ (MC 382): Ձևաթղթի մեջ թվարկված են այն պարտականությունները, որոնց կատարումը Դուք լիազորել եք Ձեր ներկայացուցիչին: Ձևաթղթի C մասում նշված են այն ծանուցումները և այլ նամակները, որոնց օրինակները Դուք մեզ խնդրել եք ուղարկել Ձեր լիազոր ներկայացուցիչին, եթե նման ծանուցումներ կամ նամակներ ուղարկվեն:

Շրջանի կոնտակտային տվյալները նշված են այս էջի վերևում: Դիմեք մեզ, եթե ցանկանում եք՝

- փոփոխություն կատարել Ձեր լիազոր ներկայացուցչի պարտականությունների մեջ.
- փոփոխություն կատարել այն ծանուցումների և նամակների մեջ, որոնք ուղարկվում են Ձեր լիազոր ներկայացուցչին.
- չեղարկել Ձեր լիազոր ներկայացուցչի նշանակումը:

Լիազոր ներկայացուցչին

Ընդունելով լիազոր ներկայացուցչի նշանակումը, Դուք համաձայնում եք՝

- Կատարել լիազոր ներկայացուցիչներին վերաբերող բոլոր նահանգային և դաշնային օրենքների պահանջները: Դրանց թվում են, բայց ոչ միայն, տեղեկությունների գաղտնիության պահպանման, սպասարկողի հայցերի վերահասցեագրման արգելքների և շահերի բախման վերաբերյալ օրենքները:
- Եթե Դուք որևէ առողջապահական սպասարկողի աշխատակից կամ վերջինիս հետ պայմանագրային հիմունքներով համագործակցող անձ եք, ապա նախքան դիմորդի կամ նպաստառուի անունից հանդես գալը՝ պետք է այդ փաստի մասին գրավոր բացահայտում տրամադրեք դիմորդին կամ նպաստառուին:
Բացահայտման մեջ պետք է նշված լինի՝
 - տվյալ առողջապահական սպասարկողի կամ բուժհիմնարկության աշխատակից կամ վերջինիս հետ պայմանագրային հիմունքներով համագործակցող անձ հանդիսանալու փաստը.
 - շահերի բախման հնարավոր դեպքերը:
- Դուք կարող եք ցանկացած ժամանակ չեղարկել լիազոր ներկայացուցչի Ձեր կարգավիճակը՝ այդ մասին տեղյակ պահելով շրջանային գրասենյակին:

Միայն կազմակերպություններին: Կազմակերպության անունից հանդես եկող ցանկացած անձ պետք է շրջանային գրասենյակի հետ «Լիազոր ներկայացուցչի ստանդարտ պայմանագիր» կոչվող ձևաթուղթ (MC 383) լրացնի և ստորագրի: Այս ձևաթղթի օրինակը ստանալու համար դիմեք շրջանային գրասենյակ:

«Medi-Cal»- ի հետ կապված իրավունքների և պարտականությունների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարդացեք այս ծանուցման հետ ուղարկված MC 219- ը՝ «Կարևոր տեղեկություններ «Medi-Cal»- ի դիմում ներկայացնող անձանց համար»:

Եթե Դուք համաձայն չեք այս ծանուցման մեջ նշված պարտականություններին կամ չեք ցանկանում լիազոր ներկայացուցիչ լինել, դիմեք շրջանային գրասենյակ: