

「 ㄱ  
L J

「 ㄱ  
L J

카운티 전용:

공지 날짜: \_\_\_\_\_  
사례 번호: \_\_\_\_\_  
근로자 이름: \_\_\_\_\_  
근로자 ID 번호: \_\_\_\_\_  
근로자 전화 번호: \_\_\_\_\_  
근무 시간: \_\_\_\_\_  
사무실 주소: \_\_\_\_\_

### 승인된 대리인 임명 통지

이 통지는 신청자, 수혜자 및 최근에 임명된 공인 대리인을 위한 것입니다. 이 통지는  
에 적용됩니다.

귀하는 다음과 같은 이유로 이 통지를 받았습니다:

- 귀하가 Medi-Cal 승인된 대리인을 임명했습니다, 또는
- 귀하가 Medi-Cal 승인된 대리인으로 임명되었습니다.

### 승인된 대리인의 역할

신청자 또는 수혜자는 개인 또는 조직을 Medi-Cal 자격 및 등록과 관련된 모든 또는 일부 의무를  
도울 수 있는 승인된 대리인으로 임명합니다. 또한 통지 사본 및 기타 우편물을 승인된 대리인에게  
보낼 수 있는 여부도 선택합니다. 승인된 대리인은 다음과 같은 때까지 의무를 돕습니다:

- 신청인 또는 수혜자 또는 승인된 대리인에 의한 취소, 또는
- 거부 또는 중단 후 90 일 (각 대리인이 취소하지 않은 경우).

### 지원자 또는 수혜자

“승인된 대리인의 임명”양식 (MC 382) 이 이 통지와 함께 제공되었습니다. 이 양식에는 승인된  
대리인에게 부여한 의무가 나와 있습니다. 이 양식의 파트 C에는 통지 사본과 승인된 담당자에게  
보내달라고 요청한 기타 메일이 나와 있습니다.

카운티의 연락처 정보는 이 서신 맨 위에 있습니다. 귀하가 다음을 원하는 경우에 저희에게  
연락하십시오:

- 대리인의 의무를 변경하고 싶은 경우십시오.
- 승인된 대리인에게 발송된 통지 또는 기타 메일 변경하고 싶은 경우십시오
- 승인된 대리인의 임명을 취소하고 싶은 경우십시오.

### 승인된 대리인

승인된 대리인으로 임명을 수락함으로써 귀하는 다음에 동의합니다:

- 승인된 대리인에 대한 모든 주법 및 연방법을 준수합니다. 여기에는 정보의 기밀성, 제공자 청구 재 할당 금지 및 이해 상충에 관한 법률이 포함되지만 이에 제한되지 않습니다.
- 귀하는 건강 관리 제공자의 직원 또는 계약자인 경우, 신청인이나 수혜자에게 서면으로 공개해야 합니다. 공개는 다음을 설명해야 합니다:
  - 귀하의 고용 또는 의료 제공자와 계약 또는 시설.
  - 잠재적인 이해 상충.
- 귀하는 언제든지 카운티 사무소에 알려 승인된 대리인 자격을 취소할 수 있습니다.

조직만: 조직을 대표하는 각 개인은 서명된 승인된 대리인 표준 임명 (MC 383) 를 카운티 사무소에 제출해야 합니다. 이 양식의 사본을 받으려면 카운티 사무소에 연락하십시오.

Medi-Cal 권리 및 책임에 대한 자세한 내용은 이 통지서와 함께 제공된 MC 219 "메디칼을 요청하는 사람을 위한 중요 정보"를 읽으십시오.

이 통지서의 책임에 동의하지 않거나 공인 대리인이 되고 싶지 않은 경우, 카운티 사무소에 연락하십시오.