

Г 7

L J

Г 7

L J

Лише для використання округом:

Дата повідомлення: _____

Номер справи: _____

Ім'я працівника: _____

Ід. номер працівника: _____

Номер телефону працівника: _____

Робочі години: _____

Адреса офісу: _____

Повідомлення про призначення уповноваженого представника

Це повідомлення призначене для заявників, бенефіціарів та нещодавно призначених уповноважених представників. Це повідомлення поширюється на

Ви отримали це повідомлення, оскільки:

- Ви призначили уповноваженого представника в програмі Medi-Cal, **або**
- Вас призначили уповноваженим представником в програмі Medi-Cal.

Роль уповноваженого представника

Заявник або бенефіціар призначає фізичну особу або організацію своїм уповноваженим представником для надання допомоги у виконанні всіх або деяких обов'язків, пов'язаних з їх правом участі та реєстрації в програмі Medi-Cal. Вони також вирішують, чи можуть копії повідомлень та іншої пошти надсилатись уповноваженому представнику. Уповноважений представник допомагає виконувати обов'язки до:

- скасування з боку заявника чи бенефіціара або уповноваженого представника; або
- 90 днів після відмови або припинення (якщо їх не скасувала жодна із сторін).

Для заявника або бенефіціара

До цього повідомлення надається форма «Призначення уповноваженого представника» (МС 382). У формі наведені обов'язки, які ви надали своєму уповноваженому представнику. У частині С форми наведені копії повідомлень та іншої пошти, яку ви просили нас надсилати до вашого уповноваженого представника, якщо такі є.

Контактна інформація цього округу знаходиться вгорі цього листа. Зверніться до нас, якщо ви бажаєте:

- Змінити обов'язки вашого уповноваженого представника.
- Змінити повідомлення чи іншу пошту, яка ми надсилаємо уповноваженому представнику
- Скасувати призначення вашого уповноваженого представника.

Для уповноваженого представника

Якщо ви надаєте згоду на призначення в якості уповноваженого представника, ви зобов'язані:

- Дотримуватися всіх державних та федеральних законів для уповноважених представників. Сюди входять, але не обмежуються ними, закони про конфіденційність інформації, заборони стосовно перепризначення вимог проти провайдера та конфлікту інтересів.
- Якщо ви є працівником чи підрядником провайдера медичних послуг, ви маєте надати заявнику чи бенефіціару письмове повідомлення, перш ніж ви зможете діяти від їх імені. Це розкриття має включати наступну інформацію:
 - Ваше працевлаштування чи контракт з провайдером медичних послуг або медичною установою.
 - Будь-які потенційні конфлікти інтересів.
- Ви можете будь-коли скасувати свій статус уповноваженого представника, повідомивши про це окружний офіс.

Тільки для організацій: Кожна особа, яка діє від імені організації, повинна подати підписану форму «Стандартного договору уповноваженого представника» (МС 383) до окружного офісу. Щоб отримати екземпляр цієї форми, зверніться до окружного офісу.

Для отримання додаткової інформації про права та обов'язки в програмі Medi-Cal, зверніться до форми МС 219 «Важлива інформація для осіб, які звертаються за послугами Medi-Cal», яка надійшла з цим повідомленням.

Якщо ви не погоджуєтесь з обов'язками, які описані в цьому повідомленні або не бажаєте бути уповноваженим представником, зверніться до окружного офісу.