

تعيين الممثل المصرح

استخدم هذا النموذج في تعيين شخص أو منظمة كممثل مصرح بخطة Medi-Cal. ويجوز للممثل المصرح خاصتك التصرف بالنيابة عنك بشأن جميع الواجبات المتعلقة بالأهلية والتسجيل بخطة Medi-Cal. أو يمكنك كذلك قصر الواجبات. ويمكنك إلغاء أو تغيير هذا التعيين في أي وقت.

ويجوز لك تسليم هذا النموذج إلى مكتب المقاطعة المحلي باليد أو بالبريد، أو عبر الهاتف أو إلكترونياً.

الجزء "A": معلوماتك الشخصية:

اسم مقدم الطلب أو المستفيد:	رقم الهاتف:	رقم القضية (اختياري):

العنوان البريدي (رقم، الشارع، المدينة، الولاية، الرمز البريدي):

--

الجزء "B": المعلومات الشخصية عن الممثل المصرح:

اسم الممثل المصرح (فرد أو منظمة):	رقم الهاتف:

العنوان البريدي (رقم، الشارع، المدينة، الولاية، الرمز البريدي):

--

عنوان البريد الإلكتروني:

--

الجزء "C": واجبات الممثل المصرح:

فيما يلي أمثلة لواجبات الممثل المصرح

- استكمال الطلب والتوقيع عليه
- استكمال نماذج إعادة البت والتوقيع عليها
- إرسال المعلومات التي نطالب بها
- الإبلاغ عن التغييرات
- اختيار خطة صحية
- المساعدة في جلسات الاستماع المنصفة وطلبات الاستئناف

تعيين الممثل المصرح

يرجى إبلاغنا أدناه إن أردت قصر أية واجبات خاصة بالممثل المصرح:

هل ترغب من الممثل المصرح الحصول على نسخة من إشعارات Medi-Cal أو رسائل البريد الأخرى التي نرسلها لك؟

لا

نعم، جميع الإشعارات ورسائل البريد

نعم، يرجى الاقتصار على أنواع الإشعارات أو رسائل البريد التالية:

الجزء D: اقرأ ووقع

I. لمقدم الطلب / المستفيد:

بالتوقيع أدناه، أعين الشخص أو المنظمة المذكورة في الجزء B بصفته الممثل المصرح من جانبي. وأوافق على ما يلي:

- يجوز للممثل المصرح أداء الواجبات بالنيابة عني. (انظر الجزء C).
- يبدأ هذا التصريح في تاريخ التوقيع على النموذج المائل.
- لا تتغير حقوقي وواجباتي لأن لدي ممثل مصرح.
- يجب علي التأكد من الرد على جميع طلبات المعلومات.
- يجوز للممثل المصرح إلغاء هذا التعيين في أي وقت.
- يمكنني الاتصال بالمقاطعة التي تتولى قضية Medi-Cal الخاصة بي لتغيير أو إلغاء هذا التعيين في أي وقت.

II. للممثل المصرح:

- يمكنك إلغاء هذا التعيين في أي وقت من خلال الاتصال بالمقاطعة التي تتولى معالجة قضية Medi-Cal الخاصة بمقدم الطلب أو المستفيد.
- إن لم توافق على حقوقك ومسئولياتك أو لم ترغب أن تكون الممثل المصرح، اتصل بالمقاطعة التي تتولى معالجة قضية Medi-Cal الخاصة بمقدم الطلب أو المستفيد.
- توافق على الاحتفاظ بسرية جميع المعلومات بشأن مقدم الطلب أو المستفيد التي تصلك من Medi-Cal.

A. بالنسبة للشخص المعين كممثل مصرح:

- عند قبول التعيين كممثل مصرح توافق على:
 - إرسال إفصاح خطي إلى مقدم الطلب أو المستفيد.
 - اطاعة جميع القوانين الاتحادية والخاصة بالولاية التي تحكم الممثلين المصرحين. وتتضمن، على سبيل المثال لا الحصر، القوانين المتعلقة بخصوصية المعلومات، والقواعد المانعة لإعادة تفويض دعاوى المقدم، وتعارض المصالح.

تعيين الممثل المصرح

- إن كنت موظفًا أو مقاولًا تابعًا لمقدم خدمات الرعاية الصحية أو منشأة، يجب عليك أن ترسل إلى مقدم الطلب أو المستفيد إفصاحًا خطيًا بشأن:
 - عملك لدى أو تعاقدك مع مقدم خدمات الرعاية الصحية أو المنشأة.
 - أي تعارض محتمل في المصالح يجوز أن ينشأ نتيجة لهذا العمل أو التعاقد.

B. بخصوص المنظمة المعنية كممثل مصرح:

- الأشخاص الوحيدون الذين يجوز لهم أداء الواجبات المصرح بها في هذا النموذج هم أولئك الذين يمثلون المنظمة ووقعوا على اتفاق الممثل المصرح القياسي (MC 383) في ملف طرف المقاطعة التي تتعامل مع قضية Medi-Cal الخاصة بمقدم الطلب أو المستفيد.
- يجب على المنظمة الإفصاح خطيًا بشكل كامل إلى مقدم الطلب أو المستفيد بشأن أي تعارض في المصالح يجوز أن ينشأ عن التصرف كممثل مصرح لهذا الشخص.

إشعار سرية Medi-Cal: المعلومات الواردة في هذا النموذج خاصة وسرية بمقتضى قانون الرفاه والمؤسسات، القسم 14100.2. ويتعين الإفصاح عن هذه المعلومات فقط بقدر ما يسمح به هذا القانون.

بالتوقيع أدناه، أوافق وأفهم حقوقي ومسئولياتي على النحو المذكور آنفًا:

التاريخ:	توقيع مقدم الطلب أو المستفيد (مطلوب):

التاريخ:	توقيع الشخص المعين كممثل مصرح (اختياري):