

### Լիազոր ներկայացուցչի նշանակում

Այս ձևաթղթի օգնությամբ Դուք կարող եք որևէ անձի կամ անհատի «Medi-Cal»- ի Ձեր լիազոր ներկայացուցչի նշանակել: Ձեր լիազոր ներկայացուցչի կարող է Ձեր փոխարեն հանդես գալ «Medi-Cal»- ի իրավունականության կամ ծրագրում ընդգրկվելու հետ կապված բոլոր պարտականությունները կատարելիս: Կամ Դուք կարող եք սահմանափակել նրա պարտականությունները: Դուք կարող եք ցանկացած պահի չեղարկել այս նշանակումը կամ փոփոխություն կատարել դրանում:

Դուք կարող եք այս ձևաթուղթը տալ Ձեր շրջանի տեղական գրասենյակին՝ անձամբ նրանց այցելելով կամ նամակով, ֆաքսով, հեռախոսով կամ էլեկտրոնային եղանակով:

#### Մաս A: Մեզ տեղեկություններ տրամադրեք Ձեր մասին

Դիմորդի կամ նպաստառուի անունը՝	Հեռախոսի համարը՝	Գործի համարը (կամ ընտրական)՝

Փոստային հասցեն (տան համարը, փողոցը, քաղաքը, նահանգը, փոստային դասիչը)՝

#### Մաս B: Մեզ տեղեկություններ տրամադրեք Ձեր լիազոր ներկայացուցչի մասին

Լիազոր ներկայացուցչի (անձի կամ կազմակերպության) անունը՝	Հեռախոսի համարը՝

Փոստային հասցեն (տան համարը, փողոցը, քաղաքը, նահանգը, փոստային դասիչը)՝

Էլ. հասցեն՝

#### Մաս C: Լիազոր ներկայացուցչի պարտականությունները

Լիազոր ներկայացուցչի պարտականությունների օրինակներ

### Լիազոր ներկայացուցչի նշանակում

- լրացնել և ստորագրել դիմումը
- լրացնել և ստորագրել վերանայման ձևաթուղթը
- մեզ տրամադրել մեր պահանջած տեղեկությունները
- հայտնել փոփոխությունների մասին
- առողջապահական ծրագիր ընտրել
- օգնություն ցույց տալ անկողմնակալ դատալսումների և բողոքարկումների հարցում

Ստորև նշեք, թե արդյոք ցանկանում եք սահմանափակել լիազոր ներկայացուցչի որևէ պարտականություն

Դուք ցանկանում եք, որ Ձեր լիազոր ներկայացուցիչը ստանա «Medi-Cal»- ի կողմից Ձեզ ուղարկվող ծանուցումների և այլ նամակների օրինակները:

- Ոչ
- Այո՝ բոլոր ծանուցումները և նամակները
- Այո, խնդրում եմ ուղարկել միայն հետևյալ տիպի ծանուցումներն ու նամակները. \_\_\_\_\_

#### Մաս D: Կարդացեք և ստորագրեք

##### I. Դիմորդին/ նպաստառուին

Ստորագրելով ստորև՝ ես B մասում նշված անձին կամ կազմակերպությանն իմ լիազոր ներկայացուցիչ եմ նշանակում: Ես համաձայն եմ, որ՝

- Լիազոր ներկայացուցիչն իմ անունից հանդես գա ( տե՛ս C մասը) :
- Սույն լիազորությունն ուժի մեջ է մտնում իմ կողմից այս ձևաթուղթը ստորագրելու օրվանից:
- Այն պատճառով, որ ես լիազոր ներկայացուցիչ ունեմ, իմ իրավունքները և պարտականությունները որևէ փոփոխություն **չեն** կրում:

## Լիազոր ներկայացուցչի նշանակում

- Ես պարտավոր եմ պատասխանել տեղեկությունների տրամադրման բոլոր պահանջներին:
- Լիազոր ներկայացուցիչը կարող է ցանկացած պահի չեղարկել այս նշանակումը:
- Ես կարող եմ ցանկացած պահի դիմել «Medi-Cal»- ի իմ գործը վարող շրջանային գրասենյակ և չեղարկել այս նշանակումը կամ փոփոխություն կատարել դրանում:

## II. Լիազոր ներկայացուցչին

- Դուք կարող եք ցանկացած պահի չեղարկել այս նշանակումը՝ դիմելով դիմորդի կամ նպաստառուի «Medi-Cal»- ի գործը վարող շրջանային գրասենյակ:
- Եթե Դուք համաձայն չեք Ձեր իրավունքներին և պարտականություններին կամ չեք ցանկանում լիազոր ներկայացուցիչ լինել, դիմեք դիմորդի կամ նպաստառուի «Medi-Cal»- ի գործը վարող շրջանային գրասենյակ:
- Դուք համաձայնում եք գաղտնի պահել դիմորդի կամ նպաստառուի վերաբերյալ բոլոր այն տեղեկությունները, որոնք կստանաք «Medi-Cal»- ից:

### A. Որպես լիազոր ներկայացուցիչ նշանակված անհատին

- Ընդունելով լիազոր ներկայացուցչի նշանակումը, Դուք համաձայնում եք՝
  - գրավոր բացահայտում տրամադրել դիմորդին կամ նպաստառուին.
  - կատարել լիազոր ներկայացուցիչների գործունեությունը կարգավորող բոլոր նահանգային և դաշնային օրենքների պահանջները: Դրանց թվում են, բայց ոչ միայն, տեղեկությունների գաղտնիության պահպանման մասին օրենքները, սպասարկողի հայցերի վերահասցեագրման կանոնները և շահերի բախման վերաբերյալ օրենքները:
- Եթե Դուք որևէ առողջապահական սպասարկողի աշխատակից կամ վերջինիս հետ պայմանագրային հիմունքներով համագործակցող անձ եք, ապա պետք է գրավոր բացահայտում տրամադրեք դիմորդին կամ նպաստառուին՝

**Լիազոր ներկայացուցչի նշանակում**

- տվյալ առողջապահական սպասարկողի կամ բուժհիմնարկության աշխատակից կամ վերջինիս հետ պայմանագրային հիմունքներով համագործակցող անձ հանդիսանալու մասին.
- շահերի բախման այն հնարավոր դեպքերի մասին, որոնք կարող են առաջանալ նման աշխատանքի կամ պայմանագրի հետևանքով:

**B. Որպես լիազոր ներկայացուցիչ նշանակված կազմակերպությանը**

- Միակ անձինք, որոնք իրավունք ունեն կատարելու այս ձևաթղթով լիազորված պարտականությունները, այն անձինք են, որոնք ներկայացնում են տվյալ կազմակերպությունը և ստորագրված «Լիազոր ներկայացուցչի Ստանդարտ Պայմանագիր» (MC 383) ունեն կնքած այն շրջանի հետ, որը վարում է դիմորդի կամ նպաստառուի «Medi-Cal»- ի գործը:
- Կազմակերպությունը պետք է գրավոր կերպով բացահայտի դիմորդին կամ նպաստառուին շահերի բախման բոլոր հնարավոր դեպքերը, որոնք կարող են առաջանալ՝ տվյալ անձի որպես լիազոր ներկայացուցիչ հանդես գալու հետևանքով:

**«Medi-Cal»- ի ծանուցումը տեղեկությունների գաղտնիության պահպանման մասին:**

Այս դիմումի մեջ տրամադրված տեղեկությունները գաղտնի են և պաշտպանված՝ «Սոցիալական ապահովության և ձեռնարկությունների մասին օրենքի» (Welfare and Institutions Code) 14100.2 կետի պահանջների համաձայն: Այս տեղեկությունները կարող են բացահայտվել միայն այն դեպքում, երբ օրենքը դա թույլ է տալիս:

**Ստորագրելով ստորև՝ ես հաստատում եմ, որ հասկանում եմ վերը շարադրված իմ իրավունքները և պարտականությունները:**

Դիմորդի կամ նպաստառուի ստորագրությունը ( պարտադիր)	Ամսաթիվը՝

Որպես լիազոր ներկայացուցիչ նշանակված անձի ստորագրությունը ( կամընտրական)	Ամսաթիվը՝