

ការចាត់តាំងអ្នកតំណាងដែលទទួលបានការអនុញ្ញាត

ប្រើប្រាស់ទម្រង់បែបបទនេះដើម្បីចាត់តាំងបុគ្គល ឬស្ថាប័នណាមួយឲ្យធ្វើជាអ្នកតំណាងដែលទទួលបានការអនុញ្ញាតសម្រាប់កម្មវិធី Medi-Cal របស់អ្នក។ អ្នកតំណាងដែលទទួលបានការអនុញ្ញាតរបស់អ្នក អាចបំពេញរាល់តួនាទីទាំងអស់ជំនួសអ្នកទាក់ទិននឹងសិទ្ធិទទួលបាន និងការចុះឈ្មោះរបស់អ្នកក្នុងកម្មវិធី Medi-Cal។ ឬ អ្នកក៏អាចកំណត់ពីភារកិច្ចនានាបានផងដែរ។ អ្នកអាចលុបចោល ឬផ្លាស់ប្តូរការចាត់តាំងនេះបានគ្រប់ពេល។

អ្នកអាចផ្តល់ទម្រង់បែបបទនេះទៅកាន់ការិយាល័យខោនធីក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នកដោយផ្ទាល់ ឬតាមប្រៃសណីយ៍ ទូរសារ ទូរសព្ទ ឬតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក។

ផ្នែក A: ប្រាប់យើងអំពីខ្លួនអ្នក៖

ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យសុំ ឬអ្នកទទួលបានផល៖	លេខទូរសព្ទ៖	លេខករណី (មានឬគ្មានក៏បាន)៖

អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ (លេខ ផ្លូវ ទីក្រុង រដ្ឋ កូដ ZIP)៖

ផ្នែក B: ប្រាប់យើងអំពីអ្នកតំណាងដែលទទួលបានការអនុញ្ញាត៖

ឈ្មោះអ្នកតំណាងដែលទទួលបានការអនុញ្ញាត (បុគ្គល ឬស្ថាប័ន)៖	លេខទូរសព្ទ៖

អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ (លេខ ផ្លូវ ទីក្រុង រដ្ឋ កូដ ZIP)៖

អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល៖

ផ្នែក C: ភារកិច្ចរបស់អ្នកតំណាងដែលទទួលបានការអនុញ្ញាត៖

ឧទាហរណ៍អំពីភារកិច្ចរបស់អ្នកតំណាងដែលទទួលបានការអនុញ្ញាត

- បំពេញ និងចុះហត្ថលេខាលើពាក្យស្នើសុំ
- បំពេញ និងចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនៃការកំណត់ឡើងវិញ
- ផ្តល់ឲ្យយើងនូវព័ត៌មានដែលយើងស្នើសុំ

ការចាត់តាំងអ្នកតំណាងដែលទទួលបានការអនុញ្ញាត

- រាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរ
- ជ្រើសរើសគម្រោងសុខភាពមួយ
- ជួយដល់ការធ្វើសវនាការយុត្តិធម៌ និងបណ្តឹងឧទរណ៍

ប្រាប់យើងខាងក្រោម ប្រសិនបើអ្នកចង់កំណត់ភារកិច្ចណាមួយរបស់អ្នកតំណាងដែលទទួលបានការអនុញ្ញាត៖

តើអ្នកចង់ឲ្យអ្នកតំណាងដែលទទួលបានការអនុញ្ញាតរបស់អ្នកទទួលបានសំណើថតចម្លងនៃការជូនដំណឹងអំពីកម្មវិធី Medi-Cal ឬសំបុត្រប្រៃសណីយ៍ផ្សេងទៀតដែលយើងផ្ញើជូនអ្នកដែរឬទេ?

- ទេ
- បាទ/ចាស គ្រប់ការជូនដំណឹង និងសំបុត្រប្រៃសណីយ៍ទាំងអស់។
- បាទ/ចាស សូមកំណត់ប្រភេទនៃការជូនដំណឹង ឬសំបុត្រប្រៃសណីយ៍ទាំងនេះ៖ _____

ផ្នែក D៖ អាន និងចុះហត្ថលេខា

I. សម្រាប់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ/អ្នកទទួលបាន

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាខាងក្រោមនេះ ខ្ញុំសូមចាត់តាំងបុគ្គល ឬស្ថាប័នដែលមានឈ្មោះនៅក្នុងផ្នែក B ឲ្យធ្វើជាអ្នកតំណាងដែលទទួលបានការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំឯកភាពថា៖

- អ្នកតំណាងដែលទទួលបានការអនុញ្ញាតនេះ អាចបំពេញភារកិច្ចជំនួសរូបខ្ញុំបាន។ (សូមមើលផ្នែក C ។)
- ការអនុញ្ញាតនេះ ចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃដែលខ្ញុំចុះហត្ថលេខានៅលើទម្រង់បែបបទនេះតទៅ។
- សិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំ មិនមានការផ្លាស់ប្តូរឡើយ ព្រោះខ្ញុំមានអ្នកតំណាងដែលទទួលបានការអនុញ្ញាតម្នាក់។
- ខ្ញុំត្រូវតែប្រាកដថា ខ្ញុំបានឆ្លើយតបទៅគ្រប់សំណើសុំព័ត៌មានទាំងអស់។
- អ្នកតំណាងដែលទទួលបានការអនុញ្ញាត អាចលុបចោលការចាត់តាំងនេះបានគ្រប់ពេល។
- ខ្ញុំអាចទំនាក់ទំនងទៅកាន់ខោនធីដែលគ្រប់គ្រងករណី Medi-Cal របស់ខ្ញុំដើម្បីផ្លាស់ប្តូរ ឬលុបចោលការចាត់តាំងនេះបានគ្រប់ពេល។

ការចាត់តាំងអ្នកតំណាងដែលទទួលបានការអនុញ្ញាត

II. សម្រាប់អ្នកតំណាងដែលទទួលបានការអនុញ្ញាត៖

- អ្នកអាចលុបចោលការចាត់តាំងនេះបានគ្រប់ពេល ដោយទំនាក់ទំនងទៅកាន់ខោនធីដែលគ្រប់គ្រងករណី Medi-Cal របស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ ឬអ្នកទទួលបាន។
- ប្រសិនបើអ្នកមិនឯកភាពលើសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវ ឬមិនចង់ធ្វើជាអ្នកតំណាងដែលទទួលបានការអនុញ្ញាតនោះទេ សូមទាក់ទងទៅកាន់ខោនធីដែលគ្រប់គ្រងករណី Medi-Cal របស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ ឬអ្នកទទួលបាន។
- អ្នកយល់ព្រមរក្សាការសម្ងាត់ចំពោះព័ត៌មានណាមួយរបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ ឬអ្នកទទួលបានដែលអ្នកទទួលបានពីកម្មវិធី Medi-Cal។

A. សម្រាប់បុគ្គលណាម្នាក់ដែលទទួលបានការចាត់តាំងឲ្យធ្វើជាអ្នកតំណាងដែលទទួលបានការអនុញ្ញាត៖

- តាមរយៈការទទួលយកការចាត់តាំងឲ្យធ្វើជាអ្នកតំណាងដែលទទួលបានការអនុញ្ញាត អ្នកបានឯកភាពថា៖
 - ត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដល់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ ឬអ្នកទទួលបាន។
 - ត្រូវគោរពតាមច្បាប់ទាំងអស់របស់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធដែលគ្រប់គ្រងលើអ្នកតំណាងដែលទទួលបានការអនុញ្ញាត។ នេះរួមមានជាអាទិ៍ ច្បាប់ស្តីពីឯកជនភាពនៃព័ត៌មាន វិធានប្រឆាំងនឹងការកំណត់ឡើងវិញលើការទាមទារនានារបស់អ្នកផ្តល់សេវា និងទំនាស់ផលប្រយោជន៍។
- ប្រសិនបើអ្នកជានិយោជិត ឬអ្នកចុះកិច្ចសន្យាសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវា ឬគ្រឹះស្ថានថែទាំសុខភាពណាមួយ អ្នកត្រូវផ្តល់ទៅឲ្យអ្នកដាក់ពាក្យសុំ ឬអ្នកទទួលបាននូវការបញ្ចេញព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរស្តីពី៖
 - ការងារ ឬកិច្ចសន្យារបស់អ្នកជាមួយអ្នកផ្តល់សេវា ឬគ្រឹះស្ថានថែទាំសុខភាព។
 - រាល់ទំនាស់ផលប្រយោជន៍ធំៗដែលអាចកើតមានឡើងដោយសារការងារនោះ ឬកិច្ចសន្យានោះ។

ការចាត់តាំងអ្នកតំណាងដែលទទួលបានការអនុញ្ញាត

B. សម្រាប់ស្ថាប័នណាមួយដែលទទួលបានការចាត់តាំងជាអ្នកតំណាងដែលទទួលបានការអនុញ្ញាត៖

- មានតែបុគ្គលដែលអាចបំពេញភារកិច្ចទទួលបានការអនុញ្ញាតនៅក្នុងទម្រង់បែបបទនេះ ប៉ុណ្ណោះ ដែលជាអ្នកតំណាងឲ្យស្ថាប័ន និងមានកិច្ចព្រមព្រៀងស្តង់ដារស្តីពីអ្នកតំណាងទទួលបានការអនុញ្ញាត (MC 383) ដែលបានចុះហត្ថលេខារួច នៅក្នុងសំណុំឯកសារដែលរក្សាទុកនៅខោនធីដែលគ្រប់គ្រងករណី Medi-Cal របស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ ឬអ្នកទទួលបានផល។
- ស្ថាប័ននេះ ត្រូវបញ្ចេញព័ត៌មានពេញលេញជាលាយលក្ខណ៍អក្សរទៅដល់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ ឬអ្នកទទួលបានផលស្តីពីទំនាស់ផលប្រយោជន៍ដែលបណ្តាលមកពីការបំពេញភារកិច្ចជំនួសរបស់អ្នកតំណាងដែលទទួលបានការអនុញ្ញាតរបស់បុគ្គលនោះ។

ការជូនដំណឹងអំពីព័ត៌មានសម្ងាត់ Medi-Cal៖ ព័ត៌មានផ្តល់ជូននៅក្នុងទម្រង់បែបបទនេះ គឺជាព័ត៌មានឯកជន និងសម្ងាត់ ស្របទៅតាមច្បាប់ស្តីពីសុខុមាលភាព និងស្ថាប័នគ្រប់គ្រង ផ្នែក 14100.2.។ ព័ត៌មាននេះ ត្រូវបញ្ចេញនៅពេលណាដែលច្បាប់នេះអនុញ្ញាតតែប៉ុណ្ណោះ។

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាខាងក្រោមនេះ ខ្ញុំឯកភាព និងយល់ច្បាស់ថា សិទ្ធិនិងការទទួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំមានដូចខាងក្រោម៖

ហត្ថលេខាអ្នកដាក់ពាក្យសុំ ឬអ្នកទទួលបានផល (ត្រូវមានជាចាំបាច់)៖	កាលបរិច្ឆេទ៖

ហត្ថលេខារបស់បុគ្គលណាម្នាក់ដែលទទួលបានការចាត់តាំងឲ្យធ្វើជាអ្នកតំណាងទទួលបានការអនុញ្ញាត (មានឬអត់ក៏បាន)៖	កាលបរិច្ឆេទ៖