

授權代表的指定

本表格用於指定個人或組織做為您的 **Medi-Cal** 授權代表。您的授權代表可代您履行所有與您的 **Medi-Cal** 資格及登記有關的責任。或者，您亦可限定責任。您可隨時取消或更改此指定。

您可將本表格當面或透過郵寄，電話或電子方式提交給您所在縣辦事處。

A 部分：告知我們關於您的以下資訊：

申請人或受益人姓名：	電話號碼：	案件編號（選填）：

郵寄地址（門牌號，街道，城市，州，郵編）：

B 部分：告知我們關於授權代表的以下資訊：

授權代表姓名/名稱（個人或組織）：	電話號碼：

郵寄地址（門牌號，街道，城市，州，郵編）：

電子郵寄地址：

C 部分：授權代表的義務：

授權代表的責任示例

- 完成並簽署申請表
- 完成並簽署重新確認表格
- 向我們提供所需資訊
- 報告更改
- 選擇健康計劃
- 協助進行公平聽證會及申訴

授權代表的指定

如您希望限定授權代表之任何責任，請在下方予以說明：

您是否希望授權代表獲得 Medi-Cal 通知副本或我們向您發送的其他郵件副本？

- 否
- 是，所有通知及郵件
- 是，請限於以下類型的通知或郵件：_____

D 部分：閱讀並簽名

I. 適用於申請人/受益人：

在下方簽名，即表示本人指定 B 部分所述個人或組織為本人的授權代表。本人同意：

- 授權代表可代本人履行責任。（請參見 C 部分。）
- 該授權於本人簽署本表格之日起開始生效。
- 本人的權利與責任不因指定授權代表而更改。
- 本人須確保回覆所有要求提供資訊之請求。
- 授權代表可隨時取消本指定。
- 本人可聯絡處理本人 Medi-Cal 案件的縣，以隨時更改或取消本指定。

II. 適用於授權代表：

- 您可隨時聯絡處理申請人或受益人 Medi-Cal 案件的縣，取消本指定。
- 如您不同意您的權利與義務，或不希望成為授權代表，請聯絡處理申請人或受益人 Medi-Cal 案件的縣。
- 您同意對您自 Medi-Cal 獲得的關於申請人或受益人的任何資訊保密。

A. 適用於獲指定為授權代表之個人：

- 接受指定為一名授權代表，即表示您同意：

授權代表的指定

- 向申請人或受益人提供書面披露。
- 遵守州及聯邦所有管理授權代表之法律，這些包括但不限於有關資訊隱私，禁止重新分配提供者理賠及利益衝突之法律。
- 若您是健康護理提供者之雇員或承包商，請務必向申請人或受益人提供關於以下資訊的書面披露：
 - 您與健康護理提供者或機構之雇傭或合約情況。
 - 任何因雇傭或合約可能存在的潛在利益衝突。

B. 適用於獲指定為授權代表之組織：

- 唯一可履行本表格授權責任的人士為代表該組織之人士，且該人士須向處理申請人或受益人 Medi-Cal 案件的縣提交經簽署的授權代表標準協議 (MC 383)。
- 該組織須以書面方式向申請人或受益人充分披露因擔任其授權代表而產生的任何潛在利益衝突。

Medi-Cal 保密通知：根據 Welfare and Institutions Code 第 14100.2 節，本表格提供的資訊為隱私及保密資訊。該資訊僅應在本法律允許之情況下披露。

在下方簽名，即表示本人同意並瞭解本人上述權利與責任：

申請人或受益人簽名 (必填) :	日期 :

獲指定為授權代表之人士簽名 (選填) :	日期 :