

### انتصاب نماینده مجاز

از این فرم برای منصوب کردن یک فرد یا سازمان به عنوان نماینده مجاز Medi-Cal خود استفاده کنید. نماینده مجاز شما می تواند در مورد همه وظایف مربوط به صلاحیت و ثبت نام Medi-Cal از جانب شما اقدام کند. یا، شما می توانید وظایف را نیز محدود کنید. در هر زمان می توانید این انتصاب را لغو کرده یا تغییر دهید.

شما می توانید این فرم را بصورت حضوری یا از طریق پست، تلفن و یا به صورت الکترونیکی به دفتر محلی کانتی خود ارائه دهید.

#### بخش A: درباره خودتان به ما بگویید:

نام متقاضی یا ذینفع:	شماره تلفن:	شماره پرونده (اختیاری):

آدرس پستی (شماره، خیابان، شهر، ایالت، کد پستی):

#### بخش B: درباره نماینده مجاز به ما بگویید:

نام نماینده مجاز (فرد یا سازمان):	شماره تلفن:

آدرس پستی (شماره، خیابان، شهر، ایالت، کد پستی):

آدرس ایمیل:

#### بخش C: وظایف نماینده مجاز:

نمونه هایی از وظایف نماینده مجاز

- تکمیل کردن و امضای درخواست
- تکمیل کردن و امضای فرم های تعیین مجدد
- ارائه اطلاعاتی که ما درخواست می کنیم
- گزارش تغییرات
- انتخاب یک طرح بهداشتی
- کمک در امور جلسات دادرسی و تجدید نظر

### انتصاب نماینده مجاز

اگر خواستار محدود کردن هریک از وظایف نماینده مجاز هستید، در بخش زیر به ما اعلام کنید:

آیا می خواهید نماینده مجاز شما نسخه ای از اطلاعیه های Medi-Cal یا دیگر پست های ارسالی ما به شما را دریافت کند؟

خیر

بله، همه اطلاعیه ها و پست ها

بله، لطفاً به این نوع اطلاعیه ها پست ها محدود کنید:

### بخش D: بخوانید و امضاء کنید

#### I. مخصوص متقاضی/ذینفع:

من با امضای زیر، فرد یا سازمان نامبرده در بخش B را به عنوان نماینده مجاز خود منصوب می کنم. من قبول دارم که:

- نماینده مجاز می تواند از جانب من، وظایف را انجام دهد. (به قسمت C مراجعه کنید)
- این مجوز از تاریخی شروع می شود که من این فرم را امضا کنم.
- حقوق و مسئولیتهای من به خاطر داشتن نماینده مجاز، تغییر نمی کنند.
- من باید تضمین کنم که من به تمام درخواست های اطلاعات پاسخ می دهم
- نماینده مجاز می تواند در هر زمان این انتصاب را لغو کند.
- من می توانم در هر زمانی، با کانتی اداره کننده پرونده Medi-Cal من برای تغییر یا لغو این انتصاب، تماس بگیرم.

#### II. مخصوص نماینده مجاز:

- شما می توانید در هر زمانی با تماس با کانتی اداره کننده پرونده Medi-Cal متقاضی یا ذینفع، این انتصاب را لغو کنید.
- اگر با حقوق و مسئولیت های خود موافق نیستید یا نمی خواهید یک نماینده مجاز باشید، با کانتی اداره کننده پرونده Medi-Cal متقاضی یا ذینفع تماس بگیرید.
- شما قبول می کنید که هرگونه اطلاعات دریافتی از Medi-Cal درباره متقاضی یا ذینفع را محرمانه نگه می دارید.

#### A. مخصوص فرد منصوب شده به عنوان نماینده مجاز:

- با قبول انتصاب به عنوان نماینده مجاز، شما قبول می کنید که:
  - افشای کتبی را به متقاضی یا ذینفع ارائه دهید.
  - از کلیه قوانین ایالتی و فدرال برای نمایندگان مجاز پیروی کنید. این موارد شامل و نه محدود به قوانینی در مورد محرمانه بودن اطلاعات، قوانین ممنوعیت تخصیص مجدد ادعاهای ارائه دهنده و تضاد منافع است.
- اگر کارمند یا پیمانکار یک ارائه دهنده یا امکانات خدمات درمانی هستید، باید به متقاضی یا ذینفع یک افشاء کتبی درباره موارد زیر را ارائه کنید:
  - اشتغال یا قرارداد شما با ارائه دهنده یا امکانات خدمات درمانی.
  - هرگونه تضاد احتمالی منافع که می تواند به دلیل اشتغال یا استخدام وجود داشته باشد

انتصاب نماینده مجاز

**B. مخصوص سازمان منصوب شده به عنوان نماینده مجاز:**

- تنها افرادی که می توانند وظایف مجاز در این فرم را انجام دهند، افرادی هستند که نماینده سازمان هستند و توافق نامه استاندارد نماینده مجاز (MC 383) امضاء شده را در پرونده کانتی اداره کننده پرونده Medi-Cal متقاضی یا ذینفع دارند.
- سازمان باید هرگونه تضاد منافع احتمالی ناشی از اقدام به عنوان نماینده مجاز آن شخص را کامل و به صورت کتبی به متقاضی یا ذینفع فاش کند.

**اطلاعیه محرمانه بودن Medi-Cal:** اطلاعات مندرج در این فرم به موجب Welfare and Institutions Code، بخش 14100.2 خصوصی و محرمانه است. این اطلاعات فقط با اجازه این قانون افشا می شود.

من با امضای زیر، حقوق و مسئولیت هایم را مطابق آنچه در بالا گفته شده قبول می کنم و درک می کنم:

امضای متقاضی یا ذینفع (الزامی):	تاریخ:

امضای فردی که به عنوان نماینده مجاز منصوب شده است (اختیاری):	تاریخ: