

### ການແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ

ນຳໃຊ້ແບບຟອມນີ້ແມ່ນເພື່ອແຕ່ງຕັ້ງບຸກຄົນທີ່ອົງການຈັດຕັ້ງເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຈາກMedi-Calຂອງທ່ານ. ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຂອງທ່ານສາມາດປະຕິບັດວຽກງານໃຫ້ທ່ານໃນທຸກໜ້າທີ່ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການລົງທະບຽນ ແລະ ການມີສິດໄດ້ຮັບMedi-Calຂອງທ່ານ. ທ່ານຍັງສາມາດຈຳກັດໜ້າທີ່ນັ້ນໄດ້. ທ່ານສາມາດຍົກເລີກ ຫຼື ປ່ຽນແປງການແຕ່ງຕັ້ງນີ້ໄດ້ທຸກເວລາ.

ທ່ານສາມາດໃຫ້ແບບຟອມນີ້ແກ່ຫ້ອງການປົກຄອງໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ ຫຼື ສົ່ງໃຫ້ທາງໄປສະນີ, ໂທລະສັບ ຫຼື ທາງເອເລັກໂຕຼນິກໄດ້.

#### ພາກ A: ບອກພວກກ່ຽວກັບຕົວທ່ານ:

|                                      |                |                          |
|--------------------------------------|----------------|--------------------------|
| ຊື່ຜູ້ສະໝັກ ຫຼື ຜູ້ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ: | ໝາຍເລກໂທລະສັບ: | ໝາຍເລກກໍລະນີ (ທາງເລືອກ): |
|                                      |                |                          |

|  |
|--|
| ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ (ໝາຍເລກ, ຖະໜົນ, ເມືອງ, ລັດ, ລະຫັດZIP): |
|  |

#### ພາກ B: ບອກພວກເຮົາກ່ຽວກັບຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ:

|   |                |
|---|----------------|
| ຊື່ຂອງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ (ບຸກຄົນ ຫຼື ອົງການຈັດຕັ້ງ): | ໝາຍເລກໂທລະສັບ: |
|   |                |

|  |
|--|
| ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ (ໝາຍເລກ, ຖະໜົນ, ເມືອງ, ລັດ, ລະຫັດZIP): |
|  |

|              |
|--------------|
| ທີ່ຢູ່ອີເມວ: |
|              |

#### ພາກ C: ໜ້າທີ່ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ:

ຕົວຢ່າງໜ້າທີ່ຜູ້ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ

- ຕື່ມ ແລະ ເຊັນແບບຟອມສະໝັກໃຫ້ສຳເລັດ
- ຕື່ມໃຫ້ສຳເລັດ ແລະ ເຊັນແບບຟອມການຕັດສິນໃຈຄືນໃໝ່
- ໃຫ້ຂໍ້ມູນແກ່ພວກເຮົາຖ້າພວກເຮົາຮຽກຮ້ອງ
- ລາຍງານການປ່ຽນແປງ
- ເລືອກແຜນປະກັນສຸຂະພາບ

### ການແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ

- ຊ່ວຍເຫຼືອການພິຈາລະນາຄະດີ ແລະ ອຸທອນດ້ວຍຄວາມເປັນທຳ

ບອກພວກເຮົາດ້ານລຸ່ມນີ້ ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຈຳກັດໜ້າທີ່ຂອງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ:

---

---

ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຂອງທ່ານໄດ້ຮັບສຳເນົາຂອງ ແຈ້ງການ Medi-Cal ຫຼື ໜັງສືທາງໄປສະນີອື່ນໆ ທີ່ພວກເຮົາສົ່ງຫາທ່ານບໍ່?

- ບໍ່
- ແມ່ນ, ທຸກໆແຈ້ງການ ແລະ ຈົດໝາຍ
- ແມ່ນ, ກະລຸນາຈາກັດປະເພດແຈ້ງການ ຫຼື ຈົດໝາຍເຫຼົ່ານີ້: \_\_\_\_\_

### ພາກ D: ອ່ານ ແລະ ເຊັນ

#### I. ສຳລັບຜູ້ສະໝັກ/ຜູ້ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ:

ດ້ວຍການເຊັນລຸ່ມນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ແຕ່ງຕັ້ງບຸກຄົນ ຫຼື ອົງການຈັດຕັ້ງທີ່ອອກຊື່ໃນ ພາກ B ທີ່ເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ອະນຸຍາດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າຕົກລົງວ່າ:

- ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດອາດຈະປະຕິບັດໜ້າທີ່ແທນຂ້າພະເຈົ້າ. (ເບິ່ງ ພາກ C.)
- ການອະນຸຍາດນີ້ເລີ່ມແຕ່ວັນທີທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ເຊັນແບບຟອມນີ້.
- ສິດ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຕ່າງໆບໍ່ສາມາດປ່ຽນໄດ້ ເພາະວ່າຂ້າພະເຈົ້າມີຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດແລ້ວ.
- ຂ້າພະເຈົ້າຮັບປະກັນວ່າຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຕອບຂໍ້ມູນທຸກຄຳຮ້ອງຂໍ
- ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດສາມາດຍົກເລີກການແຕ່ງຕັ້ງນີ້ໄດ້ທຸກເວລາ.
- ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດຕິດຕໍ່ຫ້ອງການເຂດປົກຄອງທີ່ດຳເນີນການໃນກໍລະນີMedi-Calຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ເພື່ອປ່ຽນ ຫຼື ຍົກເລີກການແຕ່ງຕັ້ງນີ້ໄດ້ທຸກເວລາ.

#### II. ສຳລັບຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ອະນຸຍາດ:

### ການແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ

- ທ່ານສາມາດຍົກເລີກການແຕ່ງຕັ້ງໄດ້ທຸກເວລາໂດຍການຕິດຕໍ່ຫາຫ້ອງການເຂດປົກຄອງທີ່ດຳເນີນການກໍລະນີ Medi-Calຂອງຜູ້ສະໝັກ ແລະ ຜູ້ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ.
- ຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບສິດທິ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ ຫຼື ບໍ່ຕ້ອງການເປັນຜູ້ຕາງໜ້າ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫ້ອງການປົກຄອງທີ່ດຳເນີນການກໍລະນີ Medi-Calຂອງຜູ້ສະໝັກ ແລະ ຜູ້ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ.
- ທ່ານເຫັນດີທີ່ຈະຮັບສາຂໍ້ມູນເປັນຄວາມລັບ ກ່ຽວກັບຜູ້ສະໝັກ ຫຼື ຜູ້ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈາກ Medi-Cal.

#### A. ສໍາລັບບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບແຕ່ງຕັ້ງເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ:

- ດ້ວຍການຍອມຮັບການແຕ່ງຕັ້ງເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ ທ່ານເຫັນດີຈະ:
  - ໃຫ້ເອກະສານເປີດເຜີຍເປັນລາຍລັກອັກສອນແຕ່ຜູ້ສະໝັກ ຫຼື ຜູ້ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ.
  - ປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍຂອງລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງສໍາລັບຜູ້ຕາງໜ້າ. ກົດໝາຍເຫຼົ່ານີ້ລວມ ແລະ ບໍ່ໄດ້ຈຳກັດຕໍ່ ກົດໝາຍທີ່ກ່ຽວກັບຂໍ້ມູນທີ່ເປັນຄວາມລັບ, ຂໍ້ຫ້າມຕ່າງຕໍ່ການມອບໝາຍຄືນໃໝ່ຂອງການຮຽກຮ້ອງຂອງຜູ້ສະໝັກ ແລະ ຂໍ້ຂັດແຍ່ງດ້ານຜົນປະໂຫຍດ.
- ຖ້າທ່ານແມ່ນພະນັກງານ ຫຼື ຜູ້ເຮັດສັນຍາກັບຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການດູແລສຸຂະພາບ ຫຼື ສິ່ງອໍານວຍຄວາມສະດວກ, ທ່ານຕ້ອງໃຫ້ເອກະສານເປີດເຜີຍເປັນລາຍລັກອັກສອນແກ່ຜູ້ສະໝັກ ແລະ ຜູ້ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງກ່ຽວກັບ:
  - ພະນັກງານຂອງທ່ານ ຫຼື ຜູ້ເຮັດສັນຍາກັບຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການດູແລສຸຂະພາບ ຫຼື ສິ່ງອໍານວຍຄວາມສະດວກ.
  - ແນວໂນ້ມດ້ານຂໍ້ຂັດແຍ່ງດ້ານຜົນປະໂຫຍດທີ່ອາດຈະເກີດຂຶ້ນເນື່ອງຈາກວ່າ ການຈ້າງງານ ຫຼື ການເຮັດສັນຍາ.

#### B. ສໍາລັບອົງການຈັດຕັ້ງທີ່ໄດ້ຮັບແຕ່ງຕັ້ງເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ:

- ບຸກຄົນຜູ້ທີ່ສາມາດປະຕິບັດໜ້າທີ່ທີ່ໄດ້ອະນຸຍາດໃນແບບຟອມນີ້ແມ່ນຜູ້ຕາງໜ້າຂອງອົງການຈັດຕັ້ງ ແລະ ໄດ້ເຊັນຂໍ້ ຟອມຂໍ້ຕົກລົງດ້ານມາດຕະຖານໃນການເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ (MC 383) ແລະ ໄດ້ຍື່ນເອກະສານໃຫ້ຫ້ອງການເຂດປົກຄອງທີ່ດຳເນີນການກໍລະນີ Medi-Calຂອງຜູ້ສະໝັກ ແລະ ຜູ້ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ.
- ອົງການຈັດຕັ້ງ ຕ້ອງເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນເປັນລາຍລັກອັກສອນແກ່ຜູ້ສະໝັກ ຫຼື ຜູ້ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ສໍາລັບທຸກຂໍ້ຂັດແຍ່ງດ້ານຜົນປະໂຫຍດທີ່ອາດຈະສົ່ງຜົນມາຈາກການປະຕິບັດວຽກງານຂອງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ.

**ການແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ**

**ແຈ້ງການທີ່ເປັນຄວາມລັບຂອງ Medi-Cal:** ຂໍ້ມູນທີ່ໃຫ້ໃນແບບຟອມນີ້ແມ່ນຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ ແລະ ເປັນຄວາມລັບ ອີງຕາມກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສະຖາບັນ ແລະ ສະຫວັດດີການ, ໝວດທີ 14100.2. ຂໍ້ມູນນີ້ຈະໄດ້ຮັບການເປີດເຜີຍໄດ້ກໍຕໍ່ເມື່ອກົດໝາຍອະນຸມັດຍາດເທົ່ານັ້ນ.

ໂດຍການເຊັນລຸ່ມນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າເຫັນດີ ແລະ ເຂົ້າໃຈສິດທິ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງຂ້າພະເຈົ້າທີ່ໄດ້ກ່າວໄວ້ຂ້າງເທິງນັ້ນ:

| ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ສະໝັກ ຫຼື ຜູ້ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ (ຈຳເປັນ): | ວັນທີ: |
|--|--------|
|  |        |

| ລາຍເຊັນບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບການແຕ່ງຕັ້ງເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ (ທາງເລືອກ): | ວັນທີ: |
|--|--------|
|  |        |