

ਅਧਿਕਾਰਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦੀ ਨਿਯੁਕਤੀ

ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਜਾਂ ਸੰਗਠਨ ਨੂੰ ਆਪਣਾ Medi-Cal ਅਧਿਕਾਰਤ ਨੁਮਾਇੰਦਾ ਨਿਯੁਕਤ ਕਰਨ ਲਈ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ।
ਤੁਹਾਡਾ ਅਧਿਕਾਰਤ ਨੁਮਾਇੰਦਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ Medi-Cal ਯੋਗਤਾ ਅਤੇ ਦਾਖਲੇ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਸਾਰੇ ਕਾਰਜ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ
ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਉਸਦੇ ਕਾਰਜਾਂ ਨੂੰ ਸੀਮਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਉਸਦੀ ਇਸ ਨਿਯੁਕਤੀ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਬਦਲ
ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਫਾਰਮ ਆਪਣੇ ਸਥਾਨਕ ਕਾਉਂਟੀ ਦਫਤਰ ਨੂੰ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਤੌਰ ਤੇ ਜਾਂ ਡਾਕ, ਫੋਨ ਜਾਂ ਇਲੈਕਟ੍ਰੋਨਿਕ ਤੌਰ ਤੇ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਭਾਗ A: ਸਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ:

ਬਿਨੈਕਾਰ ਜਾਂ ਲਾਭਪਾਤਰੀ ਦਾ ਨਾਮ:	ਫੋਨ ਨੰਬਰ :	ਕੇਸ ਨੰਬਰ (ਵਿਕਲਪਿਕ):

ਮੇਲਿੰਗ ਪਤਾ (ਨੰਬਰ, ਗਲੀ, ਸ਼ਹਿਰ, ਰਾਜ, ਜ਼ਿਪਕੋਡ):

ਭਾਗ B: ਸਾਨੂੰ ਅਧਿਕਾਰਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ:

ਅਧਿਕਾਰਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦਾ ਨਾਮ (ਵਿਅਕਤੀ ਜਾਂ ਸੰਗਠਨ):	ਫੋਨ ਨੰਬਰ:

ਮੇਲਿੰਗ ਪਤਾ (ਨੰਬਰ, ਗਲੀ, ਸ਼ਹਿਰ, ਰਾਜ, ਜ਼ਿਪਕੋਡ):

ਈਮੇਲ ਪਤਾ:

ਭਾਗ C: ਅਧਿਕਾਰਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦੇ ਕਾਰਜ:

ਅਧਿਕਾਰਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦੇ ਕਾਰਜਾਂ ਦੀਆਂ ਉਦਾਹਰਣਾਂ

- ਅਰਜ਼ੀ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨਾ
- ਮੁੜ ਮੁਲਾਂਕਨ ਫਾਰਮ ਭਰੇ ਅਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰੇ
- ਸਾਨੂੰ ਪੁੱਛੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਣਾ
- ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਕਰਨਾ
- ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਚੁਣਨਾ
- ਸਹੀ ਸੁਣਵਾਈਆਂ ਅਤੇ ਅਪੀਲਾਂ ਦੌਰਾਨ ਸਹਾਇਤਾ

ਅਧਿਕਾਰਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦੀ ਨਿਯੁਕਤੀ

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦੇ ਕਾਰਜਾਂ ਨੂੰ ਸੀਮਤ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਸਾਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਦੱਸੋ:

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਜੇ ਕੋਈ ਨੋਟਿਸ ਜਾਂ ਹੋਰ ਮੇਲ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਭੇਜਦੇ ਹਾਂ ਉਸ Medi-Cal ਦੀ ਕਾਪੀ ਤੁਹਾਡੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਵੇ?

- ਨਹੀਂ
- ਹਾਂ, ਸਾਰੇ ਨੋਟਿਸ ਅਤੇ ਮੇਲ
- ਹਾਂ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਕਿਸਮ ਦੇ ਨੋਟਿਸ ਜਾਂ ਮੇਲ ਇਸ ਤੱਕ ਸੀਮਤ ਕਰੋ: _____

ਭਾਗ D: ਪੜ੍ਹੋ ਅਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰੋ

I. ਬਿਨੈਕਾਰ / ਲਾਭਪਾਤਰੀਆਂ ਲਈ:

ਹੇਠਾਂ ਦਸਤਖਤ ਕਰਕੇ, ਮੈਂ ਭਾਗ B ਵਿੱਚ ਨਾਮਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਜਾਂ ਸੰਗਠਨ ਨੂੰ ਆਪਣਾ ਅਧਿਕਾਰਤ ਨੁਮਾਇੰਦਾ ਨਿਯੁਕਤ ਕਰਦਾ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ ਕਿ :

- ਅਧਿਕਾਰਤ ਨੁਮਾਇੰਦਾ ਮੇਰੀ ਤਰਫ਼ੋਂ ਕਾਰਜ ਨਿਭਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। (ਭਾਗ C ਵੇਖੋ)
- ਇਹ ਅਧਿਕਾਰ ਉਸ ਮਿਤੀ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਜਦੋਂ ਮੈਂ ਇਸ ਫਾਰਮ ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਦਾ ਹਾਂ।
- ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਨੂੰ ਅਧਿਕਾਰਤ ਕਰਨ ਨਾਲ ਮੇਰੇ ਅਧਿਕਾਰ ਅਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਨਹੀਂ ਬਦਲਦੀਆਂ।
- ਮੇਰੇ ਲਈ ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ ਕਿ ਮੈਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਸਾਰੀਆਂ ਬੇਨਤੀਆਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਵਾਂਗਾ।
- ਅਧਿਕਾਰਤ ਨੁਮਾਇੰਦਾ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਇਸ ਨਿਯੁਕਤੀ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- ਮੈਂ ਉਸ ਕਾਉਂਟੀ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਕੇ ਜੇ ਮੇਰੇ Medi-Cal ਕੇਸ ਨੂੰ ਸੰਭਾਲਦਾ ਹੈ, ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਇਸ ਨਿਯੁਕਤੀ ਨੂੰ ਬਦਲ ਜਾਂ ਰੱਦ ਕਰਨ ਸਕਦਾ ਹਾਂ।

II. ਅਧਿਕਾਰਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਲਈ:

- ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਉਸ ਕਾਉਂਟੀ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਕੇ ਜੇ ਬਿਨੈਕਾਰ ਜਾਂ ਲਾਭਪਾਤਰੀ ਦੇ Medi-Cal ਕੇਸ ਨੂੰ ਸੰਭਾਲਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਨਿਯੁਕਤੀ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕਰ ਸਕਦੇ।
- ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਅਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਨਾਲ ਸਹਿਮਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਜਾਂ ਅਧਿਕਾਰਤ ਨੁਮਾਇੰਦਾ ਨਹੀਂ ਬਣਨ ਚਾਹੁੰਦੇ ਤਾਂ ਉਸ ਕਾਉਂਟੀ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ ਜੇ ਬਿਨੈਕਾਰ ਜਾਂ ਲਾਭਪਾਤਰੀ ਦੇ Medi-Cal ਕੇਸ ਨੂੰ ਸੰਭਾਲਦਾ ਹੈ।
- ਜੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਬਿਨੈਕਾਰ ਜਾਂ ਲਾਭਪਾਤਰੀ ਬਾਰੇ Medi-Cal ਤੋਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਉਸ ਨੂੰ ਗੁਪਤ ਰੱਖਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹੋ।

ਅਧਿਕਾਰਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦੀ ਨਿਯੁਕਤੀ

A. ਅਧਿਕਾਰਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਵਜੋਂ ਨਿਯੁਕਤ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ:

- ਇੱਕ ਅਧਿਕਾਰਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਵਜੋਂ ਨਿਯੁਕਤੀ ਨੂੰ ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਕੇ ਤੁਸੀਂ ਸਹਿਮਤ ਹੋ:
 - ਬਿਨੈਕਾਰ ਜਾਂ ਲਾਭਪਾਤਰੀ ਨੂੰ ਲਿਖਤੀ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰੋਗੇ।
 - ਅਧਿਕਾਰਤ ਨੁਮਾਇੰਦਿਆਂ ਲਈ ਲਾਗੂ ਸਾਰੇ ਰਾਜ ਅਤੇ ਸੰਘੀ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰੋਗੇ। ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਗੁਪਤਤਾ ਬਾਰੇ ਕਾਨੂੰਨ, ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦੇ ਕਲੇਮ ਦਾਅਵਿਆਂ ਦੀ ਮੁੜ ਨਿਯੁਕਤੀ ਵਿਰੁੱਧ ਰੋਕ ਅਤੇ ਹਿੱਤਾਂ ਦੇ ਟਕਰਾਅ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਪਰ ਇਹ ਇੱਥੇ ਤੱਕ ਸੀਮਿਤ ਨਹੀਂ ਹਨ।
- ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦੇ ਕਰਮਚਾਰੀ ਜਾਂ ਠੇਕੇਦਾਰ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਿਨੈਕਾਰ ਜਾਂ ਲਾਭਪਾਤਰੀ ਨੂੰ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਤਰਫ਼ੋਂ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਇਸਦਾ ਲਿਖਤ ਤੌਰ ਤੇ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ:
 - ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਸਹੂਲਤ ਜਾਂ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਕੋਲ ਤੁਹਾਡੀ ਨੌਕਰੀ ਜਾਂ ਇਕਰਾਰਨਾਮਾ।
 - ਹਿੱਤਾਂ ਦੇ ਕੋਈ ਸੰਭਾਵਿਤ ਟਕਰਾਅ ਜੋ ਉਸ ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਜਾਂ ਇਕਰਾਰਨਾਮੇ ਦੇ ਕਾਰਨ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ।

B. ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਵਜੋਂ ਨਿਯੁਕਤ ਇਕ ਸੰਗਠਨ ਲਈ:

- ਸਿਰਫ ਉਹ ਵਿਅਕਤੀ ਇਸ ਫਾਰਮ ਤੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਕਾਰਜਾਂ ਨੂੰ ਨਿਭਾ ਸਕਦੇ ਹਨ ਜੋ ਉਸ ਸੰਗਠਨ ਦੀ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਕਰਦੇ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੇ ਉਸ ਕਾਉਂਟੀ ਕੋਲ ਫਾਈਲ ਤੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦਾ ਮਾਨਕ ਸਮਝੌਤਾ (MC 383) ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਜੋ ਬਿਨੈਕਾਰ ਜਾਂ ਲਾਭਪਾਤਰੀ ਦੇ Medi-Cal ਕੇਸ ਨੂੰ ਸੰਭਾਲਦਾ ਹੈ।
- ਸੰਗਠਨ ਨੂੰ ਬਿਨੈਕਾਰ ਜਾਂ ਲਾਭਪਾਤਰੀ ਕੋਲ ਹਿੱਤਾਂ ਦੇ ਟਕਰਾਅ ਬਾਰੇ ਲਿਖਤੀ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਜੋ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਵਜੋਂ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਵਜੋਂ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।

Medi-Cal ਗੁਪਤਤਾ ਦਾ ਨੋਟਿਸ: ਇਸ ਫਾਰਮ ਤੇ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਭਲਾਈ ਅਤੇ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਕੋਡ, ਧਾਰਾ 14100.2 ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਨਿਜੀ ਅਤੇ ਗੁਪਤ ਹੈ। ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਖੁਲਾਸਾ ਸਿਰਫ ਕਾਨੂੰਨ ਅਨੁਸਾਰ ਹੀ ਹੋਵੇਗਾ।

ਹੇਠਾਂ ਦਸਤਖਤ ਕਰਕੇ, ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਅਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਨੂੰ ਉੱਪਰ ਦੱਸੇ ਅਨੁਸਾਰ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨਾਲ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ:

ਬਿਨੈਕਾਰ ਜਾਂ ਲਾਭਪਾਤਰੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ (ਲੋੜੀਂਦੇ):	ਮਿਤੀ:

ਅਧਿਕਾਰਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਵਜੋਂ ਨਿਯੁਕਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ (ਵਿਕਲਪਿਕ):	ਮਿਤੀ: