

### Назначение уполномоченного представителя

Используйте эту форму, чтобы назначить физическое лицо или организацию Вашим уполномоченным представителем Medi-Cal. Ваш уполномоченный представитель может действовать от Вашего имени и выполнять все обязанности, связанные с Вашим соответствием требованиям и регистрацией в Medi-Cal. Или Вы также можете ограничить обязанности. Вы можете аннулировать или изменить это назначение в любое время.

Вы можете подать эту форму в Ваш местный окружной офис лично или по почте, по телефону или в электронном формате.

#### Часть А: Расскажите нам о себе:

Имя подателя заявления или получателя услуг:	Номер телефона:	Номер дела (Не обязательно):

Почтовый адрес (номер дома, улица, город, штат, индекс):

#### Часть В: Расскажите нам об уполномоченном представителе:

Имя уполномоченного представителя (физическое лицо или организация):	Номер телефона:

Почтовый адрес (номер дома, улица, город, штат, индекс):

Адрес электронной почты:

## Назначение уполномоченного представителя

### Часть С: Обязанности уполномоченного представителя:

Примеры обязанностей уполномоченного представителя

- Заполнить и подписать заявление
- Заполнить и подписать формы о повторных решениях
- Предоставлять нам запрашиваемую информацию
- Сообщать об изменениях
- Выбрать план медицинского страхования
- Оказывать помощь в отношении беспристрастных слушаний и апелляций

Ниже расскажите нам, хотите ли Вы ограничить какие-либо обязанности уполномоченного представителя:

---

---

Хотите ли Вы, чтобы Ваш уполномоченный представитель получал копию уведомлений или других почтовых отправлений Medi-Cal, которые мы отправляем Вам?

- Нет
- Да, все уведомления и почтовые отправления
- Да, пожалуйста, ограничьте этими типами уведомлений или почтовых отправлений: \_\_\_\_\_

### Часть D: Прочитайте и подпишите

#### I. Для подателя заявления/получателя услуг:

Подписывая ниже, я назначаю физическое лицо или организацию, указанную в Части В, моим уполномоченным представителем. Я соглашаюсь с тем, что:

- Уполномоченный представитель может выполнять обязанности от моего имени. (См. Часть С.)
- Данное разрешение вступает в силу в день подписания мною данной формы.
- Мои права и обязанности **не** изменяются в связи с тем, что у меня есть уполномоченный представитель.
- Я должен (-на) отвечать на все запросы для предоставления информации
- Уполномоченный представитель может аннулировать данное назначение в любое время.
- Я могу связаться с округом, который ведет мое дело Medi-Cal, чтобы изменить или аннулировать данное назначение в любое время.

## Назначение уполномоченного представителя

### II. Для уполномоченного представителя:

- Вы можете аннулировать данное назначение в любое время, связавшись с округом, который ведет дело Medi-Cal подателя заявления или получателя услуг.
- Если Вы не согласны с Вашими правами и обязанностями, или если Вы не хотите быть уполномоченным представителем, свяжитесь с округом, который ведет дело Medi-Cal подателя заявления или получателя услуг.
- Вы соглашаетесь обеспечивать конфиденциальность любой информации о подателе заявления или получателе услуг, которую Вы получаете от Medi-Cal.

### A. Для физического лица, назначенного уполномоченным представителем:

- Принимая назначение уполномоченным представителем, Вы соглашаетесь:
  - Предоставить в письменной форме информацию подателю заявления или получателю услуг.
  - Соблюдать все законы штата и федеральные законы, регулирующие уполномоченных представителей. К ним относятся, без ограничений, законы о конфиденциальности информации, правила против переназначения претензий к поставщикам услуг и в отношении конфликтов интересов.
- Если Вы являетесь сотрудником или подрядчиком медицинского специалиста или медицинского учреждения, Вы должны предоставить подателю заявления или получателю услуг информацию в письменной форме о следующем:
  - Ваша работа или контракт с медицинским специалистом или медицинским учреждением.
  - Любые потенциальные конфликты интересов, которые могут существовать в связи с этой работой или контрактом.

### B. Для организации, назначенной уполномоченным представителем:

- Единственными лицами, которые могут выполнять обязанности, разрешенные в данной форме, являются лица, представляющие организацию и имеющие подписанное Типовое соглашение с уполномоченным представителем (MC 383), хранящееся в округе, который ведет дело Medi-Cal подателя заявления или получателя услуг.
- Организация обязана полностью раскрыть в письменной форме подателю заявления или получателю услуг любые конфликты интересов, которые могут возникнуть в результате действий в качестве уполномоченного представителя этого лица.

**Назначение уполномоченного представителя**

**Уведомление о конфиденциальности Medi-Cal:** Информация, указанная в данной форме, является частной и конфиденциальной в соответствии с Кодексом по вопросам социального обеспечения и учреждений, Раздел 14100.2. Данная информация подлежит раскрытию только в степени, допустимой в соответствии с этим законом.

**Подписывая ниже, я соглашаюсь и понимаю мои права и обязанности, указанные выше:**

Подпись подателя заявления или получателя услуг (обязательно):	Дата:

Подпись физического лица, назначенного уполномоченным представителем (не обязательно):	Дата: