

### Призначення уповноваженого представника

Користуйтеся цією формою, щоб призначити фізичну особу або організацію своїм уповноваженим представником в програмі Medi-Cal. Уповноважений вами представник може діяти за вашим дорученням у виконанні всіх пов'язаних з вашим правом участі та реєстрації у програмі Medi-Cal. Ви також маєте можливість обмежити його обов'язки. Ви маєте можливість скасувати або внести зміни до цього призначення у будь-який час.

Ви можете надати цю форму до вашого місцевого окружного офісу особисто або надіслати її поштою, передати по телефону або в електронному вигляді.

#### Частина А: Надайте нам вашу інформацію:

Ім'я заявника або бенефіціара:	Номер телефона:	Номер справи (необов'язково):

Поштова адреса (номер будинку, вулиця, місто, штат, поштовий індекс):

#### Частина В: Надайте нам вашу інформацію про уповноваженого представника:

Ім'я уповноваженого представника (фізична особа або організація):	Номер телефона:

Поштова адреса (номер будинку, вулиця, місто, штат, поштовий індекс):

Адреса електронної пошти:

#### Частина С: Обов'язки уповноваженого представника:

Приклади обов'язків уповноваженого представника

- Заповнити та підписати заяву
- Заповнити та підписати форми для повторного визначення права
- Надати на інформацію, яка нам потрібна
- Інформувати нас про зміни
- Обирати план медичного страхування
- Допомогати в проведенні справедливих слухань та апеляцій

### Призначення уповноваженого представника

Проінформуйте нас нижче, якщо ви бажаєте обмежити будь-які обов'язки уповноваженого представника:

---

---

Чи бажаєте ви, щоб ваш уповноважений представник отримував копію повідомлень у програмі Medi-Cal або іншу кореспонденцію, яку ми надсилаємо вам?

- Ні
- Так, усі повідомлення та пошта
- Так, будь ласка, обмежтеся такими повідомленнями чи поштою: \_\_\_\_\_

#### Частина D: Прочитайте та підпишіть

##### I. Для заявника/бенефіціара:

Підписавшись нижче, я призначаю фізичну особу чи організацію, названу в Частині B, своїм уповноваженим представником. Я надаю згоду на наступне:

- Уповноважений представник може виконувати обов'язки від мого імені. (Див. Частина C.)
- Це призначення вступає в дію з дати підписання цієї форми.
- Мої права та обов'язки **не** змінюються від того, що у мене є уповноважений представник.
- Я повинен переконатися, що я відповідаю на всі запити щодо надання інформації
- Уповноважений представник може скасувати це призначення у будь-який час.
- Я можу в будь-який час звернутися до округу, який займається моєю справою Medi-Cal, щоб внести зміни або скасувати це призначення.

##### II. Для уповноваженого представника:

- Ви можете в будь-який час звернутися до округу, який займається справою Medi-Cal заявника або бенефіціара, щоб скасувати це призначення.
- Якщо ви не згодні з вашими правами та відповідальністю або не бажаєте бути уповноваженим представником, зверніться до округу, який займається справою Medi-Cal заявника або бенефіціара.
- Ви надаєте згоду на утримання конфіденційності будь-якої інформації стосовно заявника або бенефіціара, яку ви отримали від Medi-Cal.

### Призначення уповноваженого представника

**A. Для фізичної особи призначеної уповноваженим представником:**

- Якщо ви надаєте згоду на призначення уповноваженого представника, ви погоджуєтесь:
  - Надати письмове розголошення заявнику чи бенефіціару.
  - Дотримуватися всіх державних та федеральних законів для уповноважених представників. Сюди входять, але не обмежуються ними, закони про конфіденційність інформації, заборони стосовно перепризначення вимог проти провайдера та конфлікту інтересів.
- Якщо ви є працівником чи підрядником провайдера медичних послуг, ви маєте надати заявнику чи бенефіціару письмове повідомлення про:
  - Ваше працевлаштування чи контракт з провайдером медичних послуг або медичною установою.
  - Будь-які потенційні конфлікти інтересів, які можуть існувати внаслідок цього працевлаштування чи контракту.

**B. Для організації призначеної уповноваженим представником:**

- Лише особи, які підписали та подали форму «Стандартного договору уповноваженого представника» (MC 383) до округу, в якому розглядається справа Medi-Cal заявника або бенефіціара, мають право виконувати обов'язки, призначені у цій формі.
- Організація повинна повністю письмово розкрити заявнику чи бенефіціару інформацію про будь-який конфлікт інтересів, який може бути наслідком дії цієї особи у якості уповноваженого представника.

**Повідомлення про конфіденційність у програмі Medi-Cal:** Інформація, яку надано в цій формі, є приватною та конфіденційною згідно Кодексу законів стосовно соціального забезпечення та установ, Розділ 14100.2. Цю інформацію можна розкривати лише у межах, передбачених законом.

**Підписавшись нижче, я погоджуюся і розумію свої права та обов'язки, які зазначені вище:**

Підпис заявника або бенефіціара (необхідна):	Дата:

Підпис особи, призначеної уповноваженим представником (необов'язково):	Дата: