

Bổ Nhiệm Đại Diện Được Ủy Quyền

Sử dụng mẫu này để bổ nhiệm một cá nhân hoặc tổ chức làm đại diện Medi-Cal được ủy quyền của quý vị. Đại diện được ủy quyền của quý vị có thể thay mặt cho quý vị đối với tất cả các nhiệm vụ liên quan đến tính đủ điều kiện và ghi danh vào Medi-Cal của quý vị. Hoặc, quý vị cũng có thể giới hạn nhiệm vụ. Quý vị có thể hủy bỏ hoặc thay đổi việc bổ nhiệm này bất cứ lúc nào.

Quý vị có thể trực tiếp gửi mẫu này đến văn phòng quận tại địa phương hoặc qua đường bưu điện, điện thoại hoặc điện tử.

Phần A: Cho chúng tôi biết về quý vị:

Tên người nộp đơn hoặc người thụ hưởng:	Số điện thoại:	Mã trường hợp (Tùy chọn):

Địa chỉ gửi thư (số nhà, đường, thành phố, tiểu bang, mã ZIP):

Phần B: Cho chúng tôi biết về đại diện được ủy quyền:

Tên của đại diện được ủy quyền (cá nhân hoặc tổ chức):	Số điện thoại:

Địa chỉ gửi thư (số nhà, đường, thành phố, tiểu bang, mã ZIP):

Địa chỉ Email:

Phần C: Nhiệm vụ của đại diện được ủy quyền:

Ví dụ về nhiệm vụ của đại diện được ủy quyền

- Hoàn thành và ký vào đơn xin
- Hoàn thành và ký vào các mẫu xác nhận lại
- Gửi cho chúng tôi các thông tin chúng tôi yêu cầu
- Báo cáo về các thay đổi
- Chọn một chương trình bảo hiểm y tế
- Hỗ trợ với các phiên điều trần và kháng cáo

Bổ Nhiệm Đại Diện Được Ủy Quyền

Hãy cho chúng tôi biết dưới đây nếu quý vị muốn giới hạn bất kỳ nhiệm vụ nào của đại diện được ủy quyền:

Quý vị có muốn đại diện được ủy quyền nhận được một bản thông báo Medi-Cal hoặc thư khác mà chúng tôi gửi cho quý vị không?

- Không
- Có, tất cả các thông báo và thư
- Có, vui lòng giới hạn chỉ gửi các loại thông báo hoặc thư sau:

Phần D: Đọc và ký

I. Đối với người nộp đơn/người thụ hưởng:

Bằng cách ký tên dưới đây, tôi bổ nhiệm cá nhân hoặc tổ chức có tên trong Phần B làm đại diện được ủy quyền của tôi. Tôi đồng ý rằng:

- Đại diện được ủy quyền có thể thực hiện nhiệm vụ thay mặt tôi. (Xem Phần C.)
- Việc ủy quyền này sẽ bắt đầu từ ngày tôi ký vào mẫu này.
- Quyền và trách nhiệm của tôi sẽ **không** thay đổi vì tôi có đại diện được ủy quyền.
- Tôi phải đảm bảo rằng tôi sẽ phản hồi tất cả các yêu cầu xin thông tin
- Đại diện được ủy quyền có thể hủy bỏ việc bổ nhiệm này bất cứ lúc nào.
- Tôi có thể liên hệ với quận thụ lý trường hợp Medi-Cal của tôi để thay đổi hoặc hủy sự việc bổ nhiệm này bất cứ lúc nào.

II. Đối với đại diện được ủy quyền:

- Quý vị có thể hủy việc bổ nhiệm này bất cứ lúc nào bằng cách liên hệ với quận thụ lý trường hợp Medi-Cal của người nộp đơn hoặc người thụ hưởng.
- Nếu quý vị không đồng ý với các quyền và trách nhiệm của mình hoặc không muốn trở thành đại diện được ủy quyền, vui lòng liên hệ với quận thụ lý trường hợp Medi-Cal của người nộp đơn hoặc người thụ hưởng.
- Quý vị đồng ý giữ bí mật mọi thông tin về người nộp đơn hoặc người thụ hưởng mà quý vị nhận được từ Medi-Cal.

A. Đối với một cá nhân được bổ nhiệm làm đại diện được ủy quyền:

Bổ Nhiệm Đại Diện Được Ủy Quyền

- Bằng cách chấp nhận được bổ nhiệm trở thành đại diện được ủy quyền, quý vị đồng ý:
 - Đưa ra văn bản công bố cho người nộp đơn hoặc người thụ hưởng.
 - Tuân thủ tất cả các luật tiểu bang và liên bang đối với đại diện được ủy quyền. Điều này bao gồm, nhưng không giới hạn ở, các luật về quyền bảo mật thông tin, các quy tắc đối với việc tái chỉ định yêu cầu bảo hiểm cho nhà cung cấp, và xung đột lợi ích.
- Nếu quý vị là nhân viên hoặc nhà thầu cho một nhà cung cấp dịch vụ hoặc cơ sở chăm sóc sức khỏe, quý vị phải cung cấp cho người nộp đơn hoặc người thụ hưởng một văn bản công bố về:
 - Việc làm hoặc hợp đồng của quý vị với nhà cung cấp dịch vụ hoặc cơ sở chăm sóc sức khỏe.
 - Bất kỳ xung đột lợi ích có thể có do việc làm hoặc hợp đồng đó.

B. Đối với một tổ chức được bổ nhiệm làm đại diện được ủy quyền:

- Người duy nhất có thể thực hiện các nhiệm vụ được ủy quyền trong mẫu này là những người đại diện cho tổ chức và có Thỏa Thuận Tiêu Chuẩn Đối Với Đại Diện Được Ủy Quyền (MC 383) đã ký trong hồ sơ ở quận thụ lý trường hợp Medi-Cal của người nộp đơn hoặc người thụ hưởng.
- Tổ chức đó phải công bố đầy đủ bằng văn bản cho người nộp đơn hoặc người thụ hưởng về bất kỳ xung đột lợi ích nào có thể xảy ra do làm đại diện được ủy quyền của người đó.

Thông báo bảo mật của Medi-Cal: Thông tin được cung cấp trong mẫu này là riêng tư và bảo mật theo Bộ Luật Phúc Lợi và Định Chế California, Mục 14100.2. Thông tin này sẽ chỉ được tiết lộ khi luật này cho phép.

Bằng cách ký tên dưới đây, tôi đồng ý và hiểu các quyền và trách nhiệm của mình như đã nêu ở trên:

Chữ ký của người nộp đơn hoặc người thụ hưởng (bắt buộc):	Ngày:

Chữ ký của cá nhân được bổ nhiệm làm đại diện được ủy quyền (tùy chọn):	Ngày: