

認定代理人の任命

このフォームを使用して、個人または組織を **Medi-Cal** の認定代理人として任命してください。認定代理人は、あなたの **Medi-Cal** の資格と加入に関する全ての任務を行います。あなたは彼らの任務を制限することも可能であり、任命はいつでも取消・変更可能です。

この用紙は、お近くの郡事務所に直接、郵送、電話または電子的に提出可能です。

パート A: あなたの情報を記載してください:

申請者/受益者の氏名:	電話番号:	ケース番号 (任意):

郵送先住所(番地, ストリート名, 市, 州, 郵便番号):

パート B: 認定代理人について記載してください:

認定代理人の氏名 (個人または組織):	電話番号:

郵送先住所(番地, ストリート名, 市, 州, 郵便番号):

メールアドレス

パート C: 認定代理人の任務:

認定代理人の任務例

- 申請書の完成と署名
- 再決定書類の完成と署名
- 要求された情報の提供
- 変更の報告
- ヘルスプランの選択
- 公正な審理と控訴の支援

認定代理人の任命

もしあなたが認可代理人の職務を制限したい場合は以下に記載してください:

認可代理人に Medi-Cal の通知やその他のメールを代理人に受け取って欲しいですか?

- いいえ
- はい (全ての通知書とメール)
- はい。ただ、以下の通知とメールに制限します: _____

パート D: 以下を読んで著名してください

I. 申請者/受益者

以下にサインすることで、パート B で任命した個人または組織を認定代理人として任命し、以下に同意します:

- 認可代理人による職務の遂行(パート C 参照)
- フォームに署名した日からの権限の開始
- 認可代理人決定後も自身の権利と責任には変わらない旨
- 要求された全ての情報への返答
- 認可代理人はいつでも任命を取消すことが可能である旨
- 任命の取消や変更がある場合は Medi-Cal ケースを保持する群に連絡する旨

II. 認可代理人:

- 申請者/受益者の Medi-Cal ケースを保持する郡に連絡し、いつでも任命を取消すことが可能
- 責務に同意しない場合や、認可代理人になりたくない場合は Medi-Cal ケースを保持する群事務所まで連絡
- Medi-Cal から取得した申請者/受益者に関する情報を漏らさないことへの同意

A. 認可代理人として任命された個人:

- 認可代理人としての任命を受け入れ、以下に同意します。:

認定代理人の任命

- 申請者/受益者に書面による開示を提供
- 認可代理人と統治する全ての州法および連邦法に従う旨（これらにはプライバシー情報の法律や供給者申立による再割り当てのルール、および利益相反等が含まれます）
- もし医療提供者の請負業者や従業員である場合は、申請者/受益者に代わって行動する前に書面による開示を示す必要があり、以下に含まれるべき内容を示します。
 - 医療提供者または施設との雇用または契約の証明
 - 雇用または契約に存在する潜在的な利益相反について

B. 認可代理人として任命された組織:

- このフォームで認可された職務を行えるのは、組織を代表し、申請者/受益者の Medi-Cal ケースを保持する郡に署名された認可代理人標準契約書 (MC 383) を持つ者のみです
- 組織は申請者/受益者に認可された代理人として行動した結果に生じる利益相反を書面で完全に開示する必要があります

Medi-Cal の守秘義務の通知: このフォームに記載されている情報は、福利および機関規定、セクション 14100.2 に準拠したプライベートかつ機密なものです。この情報は、この法律で許可される場合にのみ開示されます。

以下に署名することで、上記の権利と責任に理解の上同意したことを示します:

申請者/受益者の署名(必須):	日付:

認可代理人として任命された個人の署名(任意):	日付: