

「 7

L J

「 7

L J

僅供縣使用：

通知日期：\_\_\_\_\_

案件編號：\_\_\_\_\_

員工姓名：\_\_\_\_\_

員工身份證號碼：\_\_\_\_\_

員工電話號碼：\_\_\_\_\_

辦公時間：\_\_\_\_\_

辦公地址：\_\_\_\_\_

### 任命授權代表的通知

本通知適用於申請人，受益人及最近被指定之授權代表。本通知適用於

您收到本通知的原因：

- 您已指定一名 Medi-Cal 授權代表，或
- 您被指定為一名 Medi-Cal 授權代表。

### 授權代表的職責

申請人或受益人指定個人或組織為授權代表，以協助與其 Medi-Cal 資格及登記有關的全部或部分責任。他們亦會選擇是否將通知及其他郵件副本發送給授權代表。授權代表協助履行責任，直至：

- 由申請人或受益人，或授權代表取消；或
- 被拒絕或中止後 90 日（除非由任意一方取消）。

### 適用於申請人或受益人

本通知隨附「授權代表的指定」表格 (MC 382)。該表格列明您授予授權代表之責任。表格 C 部分列明您要求我們向授權代表發送的通知及其他郵件副本如有。

縣聯絡資訊是位於本函頂部。如果您願意請聯絡我們：

- 更改授權代表之責任。
- 更改發送給授權代表的通知或其他郵件。
- 取消對授權代表之指定。

### 適用於授權代表

接受指定為一名授權代表，您同意：

- 遵守州及聯邦所有有關授權代表之法律，包括但不限於有關資訊保密，禁止重新分配提供者理賠及利益衝突之法律。
- 若您是健康護理提供者之雇員或承包商，在您擔任其代表之前，請務必向申請人或受益人提供書面披露。披露必須說明：
  - 您與健康護理提供者或機構之雇傭或合約情況。
  - 任何潛在利益衝突。
- 您可隨時告知您所在縣辦事處，取消您做為授權代表之身份。

僅適用於組織：擔任組織之代表的人士，須向縣辦事處提交一份署名的授權代表標準協議表 (MC 383)。如需獲得該表格副本，請聯絡縣辦事處。

如需更多有關 Medi-Cal 權利與責任的資訊，請閱讀本通知隨附的 MC 219 「申請 Medi-Cal 人士重要資訊」。

如您不同意本通知所述責任，或不希望成為授權代表，請聯絡縣辦事處。