

## प्राधिकृत प्रतिनिधि की नियुक्ति

इस फ़ॉर्म के उपयोग से किसी व्यक्ति या संगठन को अपने Medi-Cal प्राधिकृत प्रतिनिधि के तौर पर नियुक्त करें। आपके प्राधिकृत प्रतिनिधि आपकी Medi-Cal योग्यता और नामांकन से जुड़े सभी कर्तव्य पूरे करने के लिए आपकी तरफ से कार्रवाई कर सकते हैं। या, आप कर्तव्यों को सीमित भी कर सकते हैं। आप किसी भी समय इस नियुक्ति को रद्द कर सकते हैं या उसे बदल सकते हैं।

आप अपने स्थानीय काउंटी कार्यालय में खुद जाकर या डाक, फ़ोन या इलेक्ट्रॉनिक तरीके से यह फ़ॉर्म जमा करा सकते हैं।

### भाग A: अपने बारे में हमें बताएँ:

| आवेदक या लाभार्थी का नाम: | फ़ोन नंबर: | केस नंबर (वैकल्पिक): |
|---------------------------|------------|----------------------|
|                           |            |                      |

| डाक भेजने का पता (नंबर, सड़क, शहर, राज्य, ज़िप कोड): |
|--|
|  |

### भाग B: हमें प्राधिकृत प्रतिनिधि के बारे में बताएँ:

| प्राधिकृत प्रतिनिधि का नाम (व्यक्ति या संगठन): | फ़ोन नंबर: |
|--|------------|
|  |            |

| डाक भेजने का पता (नंबर, सड़क, शहर, राज्य, ज़िप कोड): |
|--|
|  |

| ई-मेल पता: |
|------------|
|            |

### भाग C: प्राधिकृत प्रतिनिधि के कर्तव्य:

प्राधिकृत प्रतिनिधि के कर्तव्यों के उदाहरण

- आवेदन को पूरा करके उस पर हस्ताक्षर करना
- पुनर्निर्धारण फ़ॉर्म पूरे करके उन पर हस्ताक्षर करना
- हम जिस जानकारी की माँग करें, वह देना
- बदलावों को सूचित करना
- एक स्वास्थ्य योजना चुनना
- निष्पक्ष सुनवाइयों और अपीलों में मदद करना

## प्राधिकृत प्रतिनिधि की नियुक्ति

अगर आप प्राधिकृत प्रतिनिधि के किसी भी कर्तव्य को सीमित करना चाहते हैं तो हमें नीचे बताएँ:

क्या आप चाहते हैं कि आपके प्राधिकृत प्रतिनिधि को उन Medi-Cal सूचनाओं और दूसरे डाक की प्रतियाँ मिलें जिन्हें हम आपको भेजते हैं?

- नहीं
- हाँ, सभी सूचनाएँ और डाक
- हाँ, कृपया इस तरह की सूचनाओं या डाक तक सीमित करें: \_\_\_\_\_

### भाग D: पढ़ें और हस्ताक्षर करें

#### I. आवेदक/लाभार्थी के लिए:

नीचे हस्ताक्षर करके मैं भाग B में उल्लेखित व्यक्ति या संगठन को अपने प्राधिकृत प्रतिनिधि के तौर पर नियुक्त करता/करती हूँ। मैं सहमत हूँ कि:

- प्राधिकृत प्रतिनिधि मेरी तरफ से कर्तव्य निभा सकता है। (भाग C देखें)
- यह प्राधिकरण मेरे द्वारा इस फ़ॉर्म पर हस्ताक्षर करने की तारीख से शुरू होता है।
- मेरे अधिकार और ज़िम्मेदारियाँ इसलिए **नहीं** बदल जातीं क्योंकि मेरे पास एक प्राधिकृत प्रतिनिधि है।
- मुझे यह सुनिश्चित करना होगा कि मैं जानकारी के लिए किये गए सभी अनुरोधों का उत्तर दूँ।
- प्राधिकृत प्रतिनिधि किसी भी समय इस नियुक्ति को रद्द कर सकता है।
- मैं किसी भी समय इस नियुक्ति को बदलने या उसे रद्द करने के लिए उस काउंटी से संपर्क कर सकता/सकती हूँ जो मेरा Medi-Cal केस संभालती है।

#### II. प्राधिकृत प्रतिनिधि के लिए:

- आप किसी भी समय इस नियुक्ति को रद्द करने के लिए उस काउंटी से संपर्क कर सकते हैं जो आवेदक या लाभार्थी का Medi-Cal केस संभालती है।
- अगर आप अपने अधिकारों और ज़िम्मेदारियों से सहमत नहीं हैं या आप प्राधिकृत प्रतिनिधि नहीं बनना चाहते, तो उस काउंटी से संपर्क करें जो आवेदक या लाभार्थी का Medi-Cal केस संभालती है।
- आप आवेदक या लाभार्थी के बारे में ऐसी हर जानकारी को गोपनीय रखने के लिए सहमत हैं जो आपको Medi-Cal से मिलती है।

#### A. प्राधिकृत प्रतिनिधि के तौर पर नियुक्त किये गए व्यक्ति के लिए:

- प्राधिकृत प्रतिनिधि के तौर पर नियुक्ति स्वीकार करके आप निम्नलिखित के लिए सहमत हैं:
  - आवेदक या लाभार्थी को लिखित प्रकटन देने के लिए।

### प्राधिकृत प्रतिनिधि की नियुक्ति

- प्राधिकृत अधिकारियों को नियंत्रित करने वाले सभी राज्य और संघीय कानूनों का पालन करने के लिए। इनमें जानकारी की गोपनीयता के बारे में कानून, प्रदाता दावों के पुनर्निर्धारण के विरुद्ध मनाही और हितों के टकराव शामिल हैं, लेकिन इन तक सीमित नहीं हैं।
- अगर आप किसी स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता या सुविधा केंद्र के कर्मचारी या ठेकेदार हैं, तो आपको निम्नलिखित के बारे में आवेदक या लाभार्थी को एक लिखित प्रकटन देना होगा:
  - स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता या सुविधा केंद्र के साथ आपका रोज़गार या अनुबंध।
  - कोई भी संभावित हितों के टकराव जो इस रोज़गार या अनुबंध के कारण मौजूद हो सकते हैं।

#### B. प्राधिकृत प्रतिनिधि के तौर पर नियुक्त किये गए संगठन के लिए:

- इस फ़ॉर्म पर प्राधिकृत किए गए दायित्वों को सिर्फ वही व्यक्ति पूरे कर सकते हैं जो संगठन का प्रतिनिधित्व करते हैं और उस काउंटी के पास फ़ाइल में उनके द्वारा एक हस्ताक्षरित प्राधिकृत प्रतिनिधि सामान्य करार (MC 383) मौजूद है जो आवेदक या लाभार्थी का Medi-Cal केस संभालती है।
- संगठन को ऐसी सभी हितों के टकरावों के बारे में आवेदक या लाभार्थी को लिखित में प्रकटन देना होगा जो उस व्यक्ति के प्राधिकृत प्रतिनिधि के तौर पर कार्रवाई करने के परिणामस्वरूप हो सकते हैं।

**Medi-Cal गोपनीयता सूचना:** इस फ़ॉर्म पर दी गई जानकारी कल्याण और संस्था कोड (Welfare and Institutions Code), भाग 14,100.2 के अनुसार निजी और गोपनीय है। इस जानकारी का प्रकटन सिर्फ उतना ही किया जाएगा जितने की अनुमति यह कानून देता है।

नीचे हस्ताक्षर करके मैं ऊपर बताए गए अधिकारों और जिम्मेदारियों से सहमत हूँ और उन्हें समझता/समझती हूँ।

|  |        |
|--|--------|
| आवेदक या लाभार्थी के हस्ताक्षर (ज़रूरी): | तारीख: |
|  |        |

|  |        |
|--|--------|
| प्राधिकृत प्रतिनिधि के तौर पर नियुक्त किये गए व्यक्ति के हस्ताक्षर (वैकल्पिक): | तारीख: |
|  |        |