

### 승인된 대리인의 임명

이 양식을 사용하여 개인 또는 조직을 Medi-Cal 승인된 대리인으로 임명하십시오. 승인된 대리인이 Medi-Cal 자격 및 등록과 관련된 모든 의무에 대해 귀하를 대리할 수 있습니다. 또는 의무를 제한할 수도 있습니다. 언제든지 이 임명을 취소하거나 변경할 수 있습니다.

이 양식은 직접 또는 우편, 전화 또는 전자적으로 지역 카운티 사무소에 제공할 수 있습니다.

#### 파트 A: 귀하에 대해 알려주십시오:

신청자 또는 수혜자 이름:	전화 번호:	사례 번호 (선택 사항):

우편 주소 (번호, 거리, 도시, 주, 우편 번호):

#### 파트 B: 승인된 대리인에 대해 알려주십시오:

승인된 대리인 (개인 또는 조직)의 이름:	전화 번호:

우편 주소 (번호, 거리, 도시, 주, 우편 번호):

이메일 주소:

#### 파트 C: 승인된 대리인 의무:

승인된 대리인 의무의 예

- 신청서 작성 및 서명
- 재결정 양식 작성 및 서명
- 저희가 요구하는 정보를 제공
- 보고 변경
- 건강플랜을 선택
- 청문회 및 항소에 대한 도움

## 승인된 대리인의 임명

승인된 대리인 의무를 제한하려면 아래에 알려주십시오:

---

---

귀하의 공인 대리인이 Medi-Cal 통지 사본 또는 귀하에게 보내는 다른 우편을 받도록 원하시겠습니까?

아니오

예, 모든 통지 및 우편

예, 다음 유형의 통지 또는 우편으로 제한하십시오: \_\_\_\_\_

### 파트 D: 읽은 후 서명

#### I. 지원자 / 수혜자:

아래에 서명함으로써 파트 B 에 이름이 지정된 개인이나 조직을 권한있는 대리인으로 임명합니다. 다음에 동의합니다:

- 승인된 대리인이 본인을 대신하여 의무를 수행할 수 있습니다. (파트 C 참조)
- 이 승인은 내가 이 양식에 서명한 날부터 시작됩니다.
- 본인은 승인된 대리인이 있기 때문에 권리와 책임은 변하지 **않습니다**.
- 본인은 모든 정보 요청에 응답하는 것이 반드시 확인해야 합니다
- 승인된 대리인은 언제든지 이 임명을 취소할 수 있습니다.
- 본인은 언제든지 이 임명을 변경하거나 취소하기 위해 Medi-Cal 사례를 처리하는 카운티에 연락할 수 있습니다.

#### II. 공인 대리인:

- 신청인 또는 수혜자의 Medi-Cal 사례를 담당하는 카운티에 연락하여 언제든지 이 임명을 취소할 수 있습니다.
- 귀하의 권리와 책임에 동의하지 않거나 공인 대리인이 되고 싶지 않은 경우, 신청인 또는 수혜자의 Medi-Cal 사례를 담당하는 카운티에 연락하십시오.

### 승인된 대리인의 임명

- 귀하는 Medi-Cal 로부터 받는 신청자 또는 수혜자에 대한 정보를 기밀로 유지하기로 동의합니다.

#### A. 공인 대리인으로 지정된 개인의 경우:

- 공인 대리인으로 임명을 수락함으로써 귀하는 다음에 동의합니다:
  - 신청인이나 수혜자에게 서면으로 공개하십시오.
  - 공인 대리인을 관할하는 모든 주법 및 연방법을 준수하십시오. 여기에는 정보의 개인 정보 보호, 제공자 배정에 대한 규칙 및 이해의 상충에 관한 법률이 포함되지만 이에 제한되지 않습니다.
- 귀하가 의료 서비스 제공자 또는 시설의 직원 또는 계약자인 경우, 신청자 또는 수혜자에게 다음에 대한 서면 공개를 제공해야 합니다:
  - 귀하의 고용에 의한 또는 의료 서비스 제공자 또는 시설과의 계약합니다.
  - 해당 고용 또는 계약으로 인해 잠재적인 이해 상충이 존재할 수 있습니다.

#### B. 공인 대리인으로 지정된 조직의 경우:

- 이 양식에서 승인된 의무를 수행할 수 있는 유일한 사람은 해당 조직을 대표하고 신청인 또는 수혜자의 Medi-Cal 사례를 처리하는 카운티와 함께 서명된 승인된 대리인 표준 임명 (MC 383) 을 가진 사람입니다.
- 조직은 신청인 또는 수혜자에게 그 사람의 권한을 위임받은 대리인의 역할로 인해 발생할 수 있는 이해 상충을 서면으로 완전히 공개해야 합니다.

**Medi-Cal 기밀 유지 통지:** 이 양식에 제공된 정보는 Welfare and Institutions Code 14100.2 항에 따라 개인 기밀 정보입니다. 이 정보는 이 법이 허용하는 경우에만 공개해야 합니다.

아래에 서명함으로써 본인은 위에 언급 된 권리와 책임에 동의하고 이해합니다:

신청자 또는 수혜자의 서명 (필수):	날짜:

공인 대리인으로 임명된 개인의 서명 (선택 사항):	날짜: