

การแต่งตั้งตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจ

โปรดใช้แบบฟอร์มนี้เพื่อแต่งตั้ง บุคคล หรือ องค์กร ให้เป็นตัวแทนการรับมอบอำนาจของ **Medi-Cal**

ตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจจากคุณอาจดำเนินการแทนคุณเกี่ยวกับสิทธิและการสมัครของ **Medi-Cal**

หรือคุณอาจจะจำกัดหน้าที่ต่าง ๆ ได้เช่นกัน นอกจากนี้ คุณสามารถยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงการแต่งตั้งนี้ ณ เวลาใดก็ได้

คุณอาจให้แบบฟอร์มนี้แก่สำนักงานเขตท้องถิ่นของคุณด้วยตนเองหรือทางจดหมาย ทางโทรศัพท์ หรือทางอิเล็กทรอนิกส์

ส่วน A: กรอกรายละเอียดเกี่ยวกับคุณ

ชื่อของผู้สมัครหรือผู้รับผลประโยชน์	หมายเลขโทรศัพท์	หมายเลขเรื่อง (กรอกหรือไม่ก็ได้)

ที่อยู่ไปรษณีย์ (เลขที่ ถนน เมือง รัฐ รหัสไปรษณีย์)

ส่วน B: กรอกรายละเอียดเกี่ยวกับตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจ

ชื่อของตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจ (บุคคลหรือองค์กร)	หมายเลขโทรศัพท์

ที่อยู่ไปรษณีย์ (เลขที่ ถนน เมือง รัฐ รหัสไปรษณีย์)

ที่อยู่อีเมล

ส่วน C: หน้าที่ของตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจ

ตัวอย่างหน้าที่ของตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจ

- กรอกและลงนามในใบสมัคร
- กรอกและลงนามแบบฟอร์มการปรับราคา
- ให้ข้อมูลที่ทางเราต้องการ
- รายงานการเปลี่ยนแปลงต่างๆ
- เลือกแผนสุขภาพ
- ช่วยเหลือการพิจารณาคดีที่เป็นธรรมและการอุทธรณ์

การแต่งตั้งตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจ

โปรดบอกเราหากคุณต้องการจะจำกัดหน้าที่ของตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจทางด้านล่างนี้

คุณต้องการให้ตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจจากคุณได้รับสำเนาหนังสือแจ้งหรือจดหมายของ Medi-Cal หรือจดหมายอื่น ๆ ที่ทางเราส่งให้คุณหรือไม่

ไม่

ใช่ หนังสือแจ้งและจดหมายทั้งหมด

ใช่ โปรดจำกัดหนังสือแจ้งหรือจดหมายในประเภทเหล่านี้ _____

ส่วน D: โปรดอ่านและลงนาม

I. สำหรับผู้สมัครและผู้รับผลประโยชน์

เมื่อลงนามในด้านล่างนี้ ข้าพเจ้าขอแต่งตั้งบุคคลหรือองค์กรที่ระบุชื่อในส่วน B ให้เป็นตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าขอตกลงว่า

- ตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจนี้อาจปฏิบัติหน้าที่แทนข้าพเจ้า (ดูส่วน C)
- การมอบอำนาจนี้เริ่มตั้งแต่วันที่ข้าพเจ้าลงนามในแบบฟอร์มนี้
- สิทธิและความรับผิดชอบของข้าพเจ้าไม่เปลี่ยนแปลงจากการที่ข้าพเจ้ามีตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจ
- ข้าพเจ้าต้องตรวจสอบว่าข้าพเจ้าได้ให้ข้อมูลตามที่ได้รับการเรียกร้องทั้งหมด
- ตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจนี้อาจยกเลิกการแต่งตั้งนี้ ณ เวลาใดก็ได้
- ข้าพเจ้าอาจติดต่อสำนักงานเขตที่จัดการเรื่อง Medi-Cal ของข้าพเจ้า เพื่อเปลี่ยนแปลงหรือยกเลิกการแต่งตั้งนี้ ณ เวลาใดก็ได้

II. สำหรับตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจ

- คุณอาจยกเลิกการแต่งตั้งนี้ ณ เวลาใดก็ได้โดยติดต่อสำนักงานเขตที่จัดการเรื่อง Medi-Cal ของผู้รับสมัครหรือผู้รับผลประโยชน์
- หากคุณไม่ยอมรับสิทธิและความรับผิดชอบ หรือไม่ต้องการเป็นตัวแทนการรับมอบอำนาจนี้ โปรดติดต่อสำนักงานเขตที่จัดการเรื่อง Medi-Cal ของผู้รับสมัครหรือผู้รับผลประโยชน์
- คุณตกลงรักษาความลับของข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับสมัครหรือผู้รับผลประโยชน์ที่คุณได้รับจาก Medi-Cal

การแต่งตั้งตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจ

A. สำหรับบุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นตัวแทนการรับมอบอำนาจ

- เมื่อยอมรับการแต่งตั้งเป็นตัวแทนการรับมอบอำนาจแล้ว คุณตกลงว่า
 - ให้การเปิดเผยเป็นลายลักษณ์อักษรแก่ผู้รับสมัครหรือผู้รับผลประโยชน์
 - ปฏิบัติตามกฎหมายของรัฐบาลและรัฐบาลกลางว่าด้วยการเป็นตัวแทนการรับมอบอำนาจ ซึ่งรวมถึงแต่ไม่จำกัด กฎหมายว่าด้วยการรักษาความเป็นส่วนตัวของข้อมูล ข้อห้ามต่อการมอบหมายตัวแทนของผู้ให้บริการ และเรื่องผลประโยชน์ทับซ้อน
- หากคุณเป็นพนักงานหรือผู้ทำสัญญากับผู้ให้บริการดูแลทางด้านสุขภาพ คุณจะต้องเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้รับสมัครหรือผู้รับผลประโยชน์ทราบเกี่ยวกับ
 - การว่าจ้างหรือสัญญากับผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพหรือสถานที่ให้บริการทางด้านสุขภาพ
 - ผลประโยชน์ทับซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการว่าจ้างหรือสัญญานั้น ๆ

B. สำหรับองค์กรที่ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นตัวแทนผู้ได้รับมอบอำนาจ

- ผู้ที่สามารถทำหน้าที่แทนองค์กรที่ได้รับมอบหมายในแบบฟอร์มนี้จะต้องเป็นผู้ที่ทำหน้าที่แทนองค์กร และ “สัญญาว่าด้วยมาตรฐานการเป็นตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจ” ที่ลงนามแล้ว (MC 383) ให้สำนักงานเขตซึ่งจัดการเรื่อง Medi-Cal ของผู้รับสมัครหรือผู้รับผลประโยชน์
- องค์กรจะต้องเปิดเผยข้อมูลทั้งหมดอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร เกี่ยวกับผลประโยชน์ทับซ้อนที่อาจเกิดจากการปฏิบัติหน้าที่ของตัวแทนของผู้รับมอบอำนาจให้กับผู้สมัครของผู้รับผลประโยชน์

หนังสือแจ้งเพื่อการรักษาความลับของ Medi-Cal: ข้อมูลที่ระบุในแบบฟอร์มนี้เป็นข้อมูลส่วนตัวและเป็นความลับ ตามประมวลกฎหมายสังคมสงเคราะห์และองค์กรต่าง ๆ มาตรา 14100.2 ข้อมูลนี้จะถูกเปิดเผยตามที่กฎหมายอนุญาตเท่านั้น

เมื่อลงนามด้านล่างนี้ ข้าพเจ้าขอตกลงและเข้าใจในสิทธิ์และความรับผิดชอบของข้าพเจ้าตั้งที่ระบุในด้านบน

ลายเซ็นผู้สมัครหรือผู้รับผลประโยชน์ (ต้องกรอก)	วันที่

ลายเซ็นบุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจ (กรอกหรือไม่ก็ได้)	วันที่