

Mẫu Đơn Bổ Nhiệm Người Đại Diện Được Ủy Quyền (AOR)

Là hội viên của Alameda Alliance for Health (Alliance), quý vị có quyền ủy quyền (cho phép) một người bạn, thành viên gia đình hoặc một người khác mà quý vị xác định được quyền truy cập vào một số thông tin y tế nhất định về quý vị.

Để thực hiện quyền hội viên này, quý vị phải **hoàn thành tất cả các trường** của mẫu đơn này và gửi qua đường bưu điện, fax hoặc email đến:

Alameda Alliance for Health
ATTN: Member Services Department
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502
Fax: **1.877.747.4504**
Email: **memberservices@alamedaalliance.org**

Phần A: Thông tin về quý vị

Hội viên Alliance:

Họ: _____ Tên: _____

Số điện thoại: _____ Số ID Hội viên Alliance: _____

Địa chỉ: _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã bưu chính: _____

Phần B: Thông tin về người đại diện

Tên của Người Đại Diện Được Ủy Quyền

Họ: _____ Tên: _____

Số điện thoại: _____ Mối quan hệ với Hội Viên: _____

Địa chỉ: _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã bưu chính: _____

Phần C: Các công việc mà người đại diện của tôi có thể thực hiện

Mẫu đơn bổ nhiệm này cho phép người đại diện được ủy quyền của tôi thay mặt tôi thực hiện các dịch vụ của Alliance sau đây:

- Thay đổi bác sĩ/nhóm y khoa của tôi
- Đệ trình đơn khiếu nại hoặc kháng cáo
- Yêu cầu thẻ hội viên Alliance mới
- Thay mặt tôi trao đổi với Alliance để hỗ trợ điều phối việc chăm sóc y tế của tôi

Phần D: Đọc và ký

CHẤP THUẬN CỦA NGƯỜI ĐẠI DIỆN ĐƯỢC ỦY QUYỀN

Tôi đã đọc mẫu đơn này và hiểu rằng:

- Hội Viên Alliance có thể thu hồi đơn bổ nhiệm này bất cứ lúc nào và bổ nhiệm (những) cá nhân khác làm đại diện được ủy quyền của họ.
- Tôi không có quyền nào khác để hành động thay mặt cho Hội Viên, ngoại trừ các dịch vụ của Alliance như đã nêu ở trên trong Phần C.
- Tôi không thể chuyển nhượng hoặc chỉ định lại sự bổ nhiệm của mình.
- Tôi có thể dừng (thu hồi) sự bổ nhiệm này bất cứ lúc nào bằng cách gửi yêu cầu bằng văn bản đến Alliance.
- Tôi đồng ý tuân theo tất cả các luật của tiểu bang và liên bang chi phối các đại diện được ủy quyền. Bao gồm, nhưng không giới hạn ở, luật về bảo mật thông tin, các quy tắc chống lại việc chỉ định lại các yêu cầu thanh toán của nhà cung cấp và các xung đột lợi ích.

Bằng cách ký tên dưới đây, tôi chấp nhận sự bổ nhiệm này:

Chữ Ký của Người Đại Diện Được Ủy Quyền: _____ Ngày: _____

MỤC ĐÍCH & QUYỀN CỦA HỘI VIÊN

Tôi đã đọc mẫu đơn này và hiểu rằng:

- Bằng cách điền vào đơn bổ nhiệm này, tôi đồng ý để người đại diện được ủy quyền của tôi hành động thay mặt cho tôi đối với các dịch vụ đã chọn ở trên trong Phần C.
- Các quyền và trách nhiệm của tôi với tư cách là hội viên của Alliance không thay đổi khi tôi có người đại diện được ủy quyền.
- Tôi hiểu rằng sau khi thông tin được tiết lộ theo mẫu đơn ủy quyền này, nó có thể được người nhận tiết lộ lại và thông tin có thể không được bảo vệ bởi các quy định về quyền riêng tư của liên bang hoặc tiểu bang.
- Tôi biết rằng tôi có thể dừng (thu hồi) sự bổ nhiệm này bất cứ lúc nào bằng cách gửi yêu cầu bằng văn bản đến Alliance tại:

Alameda Alliance for Health
ATTN: Member Services Department
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502
Fax: **1.877.747.4504**

Bằng cách ký tên dưới đây, tôi ủy quyền bổ nhiệm này, có hiệu lực vào ngày ký:

Chữ ký: _____ Ngày: _____

Mối quan hệ nếu ký thay hội viên: _____

Nếu ký thay hội viên, quý vị phải cung cấp tài liệu ủy quyền quý vị trở thành người đại diện cá nhân của hội viên cùng với mẫu đơn này. (Ví dụ: Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe, Giấy Trao Quyền Giám Hộ, v.v.)