

فرم تعیین نماینده مجاز (AOR)

به عنوان عضوی از Alameda Alliance for Health (Alliance)، شما حق دارید به یک دوست، عضو خانواده، یا یکی از آشنایان تان اجازه دهید به برخی اطلاعات پزشکی شما دسترسی داشته باشد.

به منظور محقق کردن چنین حقی برای عضو نامبرده، باید همه قسمت‌های این فرم را تکمیل کنید و آن را به آدرس زیر ایمیل، فکس یا پست کنید:

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

ایمیل: memberservices@alamedaalliance.org

بخش A: درباره خودتان به ما بگویید

عضو Alliance:

نام خانوادگی: _____ نام: _____
شماره تلفن: _____ شماره شناسایی عضو Alliance: _____
آدرس: _____
شهر: _____ ایالت: _____ کدپستی: _____

بخش B: درباره نماینده تان به ما بگویید

نام نماینده مجاز:

نام خانوادگی: _____ نام: _____
شماره تلفن: _____ نسبت با عضو: _____
آدرس: _____
شهر: _____ ایالت: _____ کدپستی: _____

بخش C: نماینده من می‌تواند موارد زیر را انجام دهد

با این انتصاب، نماینده مجاز من می‌تواند از طرف من در زمینه خدمات زیر در ارتباط با Alliance اقدام کند:

- تغییر پزشک/گروه پزشکی من
- ثبت شکایت یا درخواست تجدیدنظر
- سفارش دادن کارت شناسایی جدید عضویت Alliance
- صحبت با Alliance از طرف من برای کمک در هماهنگی مراقبت‌های پزشکی من

بخش D: خواندن و امضاء کردن

پذیرش نماینده مجاز

من این فرم را خوانده و درک کرده‌ام که:

- عضو Alliance هر لحظه می‌تواند این انتصاب را متوقف کند و شخص/اشخاص دیگری را به عنوان نماینده مجاز خود تعیین کند.
- غیر از موارد مربوط به خدمات Alliance که در بخش C فوق توضیح داده شد، من اختیار دیگری برای اقدام از طرف عضو نامبرده ندارم.
- من نمی‌توانم انتصاب خودم را منتقل یا واگذار کنم.
- من با فرستادن یک درخواست کتبی به Alliance، هر لحظه می‌توانم این انتصاب را لغو (متوقف) کنم.
- من موافقت می‌کنم که از همه قوانین ایالتی و فدرال درباره نمایندگان مجاز پیروی کنم. از جمله، ولی نه محدود به، قوانین مربوط به حریم خصوصی اطلاعات، قوانین جلوگیری از واگذاری مطالبات خدمات‌دهندگان، و تضاد منافع.

با امضای زیر، من بدین وسیله این انتصاب را می‌پذیرم:

امضای نماینده مجاز: _____ تاریخ: _____

هدف و حقوق فرد عضو

من این فرم را خوانده و درک کرده‌ام که:

- با ثبت این انتصاب، موافقت می‌کنم که نماینده مجاز من از طرف من در رابطه با خدمات برگزیده در بخش C فوق اقدام کند.
- با داشتن نماینده مجاز، حقوق و مسئولیت‌های من به عنوان عضو Alliance تغییر نمی‌کنند.
- من درک می‌کنم که پس از افشای اطلاعات بر اساس این مجوز، ممکن است این اطلاعات توسط گیرنده مجدداً افشا شود و دیگر توسط مقررات حریم خصوصی فدرال یا ایالت محافظت نشود.
- من آگاه هستم که با فرستادن یک درخواست کتبی به Alliance به آدرس زیر، هر لحظه می‌توانم این انتصاب را لغو (متوقف) کنم:

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

با امضای زیر، بدین وسیله این انتصاب را مجاز اعلام می‌کنم که از تاریخ امضاء معتبر است:

امضاء: _____ تاریخ: _____

نسبت، در صورتی که امضا از طرف عضو انجام می‌گیرد: _____

اگر از طرف عضو امضا می‌کنید، باید سندی را که طی آن شما به عنوان نماینده شخصی عضو تعیین شده‌اید، همراه با این فرم ارائه کنید. (مثلاً، وکالتنامه مراقبت‌های بهداشتی، نامه‌های سرپرستی قانونی و غیره)