



授權代表 (AOR) 委任書

作為 Alameda Alliance for Health (Alliance) 計畫成員，您有權利授予（給予）朋友、家人或其他指定人士獲取您的某些醫療資訊的權限。

如欲行使此計畫成員權利，您必須填寫此表中的**所有字段**，並將其郵寄、傳真或電郵至：

Alameda Alliance for Health
ATTN: Member Services Department
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502
傳真: **1.877.747.4504**
電子郵箱: memberservices@alamedaalliance.org

A 部分：您的相關資訊

Alliance 計畫成員：

姓氏：_____ 名字：_____

電話號碼：_____ Alliance 計畫成員 ID 編號：_____

地址：_____

城市：_____ 州：_____ 郵遞區號：_____

B 部分：代表相關資訊

授權代表姓名：

姓氏：_____ 名字：_____

電話號碼：_____ 與計畫成員的關係：_____

地址：_____

城市：_____ 州：_____ 郵遞區號：_____

C 部分：本人的代表可採取以下行動

此委任書允許授權代表針對以下 Alliance 服務代本人行事：

- 更換本人的醫生/醫療團體
- 提出申訴或上訴
- 訂購新的 Alliance 計畫成員識別卡
- 代本人諮詢 Alliance 以幫助協調本人的醫護事宜

D 部分：閱讀及簽署

授權代表接受條款

本人已閱讀此表內容並了解：

- Alliance 計畫成員可以隨時取消此項委任並指定其他人擔任授權代表。
- 除了針對上列 C 部分所述 Alliance 服務採取行動以外，本人無權代表該計畫成員行事。
- 本人不得移交或重新委派此項委任工作。
- 本人可以隨時向 Alliance 提交書面申請，以終止（撤銷）此項委任。
- 本人同意遵守有關授權代表的所有州和聯邦法律，包括但不限於資訊隱私法、禁止重新分配服務提供者索償單的相關規定及利益衝突。

在下方簽名即表示本人接受此項委任：

授權代表姓名： _____ 日期： _____

目的及計畫成員權利

本人已閱讀此表內容並了解：

- 填寫此委任書，即表示本人同意授權代表針對上方 C 部分所述服務代本人採取行動。
- 本人作為 Alliance 計畫成員所擁有的權利和責任，不會因本人委任授權代表而發生變化。
- 本人了解，依據此項授權所披露的資訊可能會被資訊接收者再次披露，而且這些資訊可能不再受聯邦或州隱私權條例之保護。
- 本人知曉，本人可以隨時向 Alliance 提交書面申請，以終止（撤銷）此項委任，地址如下：

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

在下方簽名，即表示本人對此項委任予以授權，自簽字之日起生效：

簽名： _____ 日期： _____

與計畫成員的關係（如果是代計畫成員簽署）： _____

如果是代計畫成員簽署，您必須隨本表提供授權您擔任該計畫成員個人代表的證明文件。（例如，醫療保健委託書、照管人授權書等）