



Form para sa Pagtatalaga ng Awtorisadong Kinatawan (Appointment of Authorized Representative, AOR)

Bilang miyembro ng Alameda Alliance for Health (Alliance), mayroon kang karapatang pahintulutan (bigyan ng access) ang isang kaibigan, kapamilya, o ibang tao na tutukuyin mo sa ilang partikular na medikal na impormasyon tungkol sa iyo.

Para magamit ang karapatang ito ng miyembro, dapat mong **punan ang lahat ng field** ng form na ito at ipadala, i-fax, o i-email ito sa:

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

Bahagi A: Bigyan kami ng impormasyon tungkol sa iyong sarili

Miyembro ng Alliance:

Apelyido: _____ Pangalan: _____

Numero ng Telepono: _____ ID # ng Miyembro ng Alliance: _____

Address: _____

Lungsod: _____ Estado: _____ Zip Code: _____

Bahagi B: Bigyan kami ng impormasyon tungkol sa iyong kinatawan

Pangalan ng Awtorisadong Kinatawan:

Apelyido: _____ Pangalan: _____

Numero ng Telepono: _____ Kaugnayan sa Miyembro: _____

Address: _____

Lungsod: _____ Estado: _____ Zip Code: _____

Bahagi C: Magagawa ng aking kinatawan na gawin ang mga sumusunod

Pinapahintulutan ng pagtatalagang ito ang aking awtorisadong kinatawan na kumilos sa aking ngalan para sa mga sumusunod na serbisyo ng Alliance:

- Baguhin ang aking doktor/medikal na grupo
- Maghain ng karaingan o apela
- Mag-order ng bagong ID card ng miyembro ng Alliance
- Makipag-usap sa Alliance sa ngalan ko para tumulong sa koordinasyon ng aking medikal na pangangalaga

Bahagi D: Basahin at lagdaan

PAGTANGGAP NG AWTORISADONG KINATAWAN

Nabasa ko na ang form na ito at nauunawaan kong:

- Puwedeng bawiin ng Miyembro ng Alliance ang pagtatalagang ito anumang oras, at puwede siyang magtalaga ng ibang indibidwal na kikilos bilang kanyang awtorisadong kinatawan.
- Wala akong iba pang kapangyarihang kumilos sa ngalan ng Miyembro, maliban kung para sa mga serbisyong ng Alliance na nakasaad sa Bahagi C.
- Hindi ko puwedeng ilipat o i-reassign ang pagtatalaga sa akin.
- Puwede kong ihinto (bawiin) ang pagtatalagang ito anumang oras sa pamamagitan ng pagpapadala ng nakasulat na kahilingan sa Alliance.
- Sumasang-ayon akong sundin ang lahat ng batas ng estado at pederal na sumasaklaw sa mga awtorisadong kinatawan. Kasama ang, pero hindi limitado sa, mga batas tungkol sa privacy ng impormasyon, mga panuntunan laban sa pag-reassign ng mga claim ng provider, at salungatan ng interes.

Sa paglagda sa ibaba, tinatanggap ko ang pagtatalagang ito:

Lagda ng Awtorisadong Kinatawan: _____ Petsa: _____

LAYUNIN AT MGA KARAPATAN NG MIYEMBRO

Nabasa ko na ang form na ito at nauunawaan kong:

- Sa pagsagot sa form na ito, pumapayag akong kumilos ang aking awtorisadong kinatawan sa aking ngalan para sa mga serbisyong napili sa itaas sa Bahagi C.
- Walang magbabago sa aking mga karapatan at responsibilidad bilang miyembro ng Alliance sa pagpili ko ng awtorisadong kinatawan.
- Nauunawaan kong kapag naihayag ang impormasyon alinsunod sa pahintulot na ito, puwede itong ihayag ulit ng tatanggap, at posibleng hindi maprotektahan ng mga regulasyon sa privacy ng pederal o estado ang nasabing impormasyon.
- Alam kong puwede kong ihinto (bawiin) ang pagtatalaga sa akin anumang oras sa pamamagitan ng pagpapadala ng nakasulat na kahilingan sa Alliance sa:

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

Sa paglagda sa ibaba, pinapahintulutan ko ang pagtatalagang ito, na magkakaroon ng bisa sa petsa ng paglagda:

Lagda: _____ Petsa: _____

Kaugnayan kung lumalagda sa ngalan ng miyembro: _____

Kung lumalagda sa ngalan ng miyembro, dapat kang magbigay, kasama ng form na ito, ng dokumentasyong nagpapahintulot sa iyo na maging personal na kinatawan ng miyembro. (Halimbawa, Power of Attorney para sa Pangangalagang Pangkalusugan, Mga Liham ng Conservatorship, atbp.)