Form para sa Pagtatalaga ng Awtorisadong Kinatawan (AOR)

May karapatan ang mga miyembro ng Alameda Alliance for Health (Alliance) na pahintulutan (bigyan ng access) ang isang kaibigan, kapamilya, o ibang tao ng access sa ilang partikular na medikal na impormasyon tungkol sa kanila. Upang gamitin ang karapatang ito ng miyembro, mangyaring gamitin ang form na ito upang magtalaga ng isang indibidwal na magiging awtorisadong kinatawan para sa miyembro ng Alliance.

Mga Tagubilin

1. Pakisulat nang maayos o i-type ang mga sagot mo sa lahat ng field sa ibaba.
2. Isumite ang nakumpletong form nang personal, sa pamamagitan ng koreo, fax, o email.

   Para sa mga miyembro ng Panggrupong Pangangalaga ng Alliance at Medi-Cal:

   Personal/sa pamamagitan ng koreo:
   Attn: Departamento ng Mga Serbisyo sa Miyembro
   Alameda Alliance for Health
   1240 South Loop Road
   Alameda, CA 94502
   Fax: **1.877.747.4504**
   Email: **memberservices@alamedaalliance.org**

   Para sa mga miyembro ng Alameda Alliance Wellness (HMO D-SNP):

   Personal/sa pamamagitan ng koreo:
   Attn: Alameda Alliance Wellness Member Service Department
   Alameda Alliance Wellness
   1240 South Loop Road
   Alameda, CA 94502
   Fax: **1.877.747.4504**
   Email: **DeptAAWMemberSupport@alamedaalliance.org**

Seksyon 1: Impormasyon ng Miyembro ng Alliance

Bigyan Kami ng Impormasyon Tungkol sa Iyo

Apelyido: ______________________ Pangalan: ______________________

Numero ng ID ng Miyembro ng Alliance (Alliance Group Care o Medi-Cal, o Alameda Alliance Wellness):

____

Numero ng Medi-Cal ID (kung kwalipikado, at alam): ______________________

Numero ng Medicare ID (kung kwalipikado, at alam): ______________________

Address: ____

Lungsod: ______________________ Estado: __________ Zip Code: __________

Numero ng Telepono: ______________________ ☐ Bahay ☐ Cellphone

H2035_25_03942_GC MCAL DSNP_MBR_AAF_C Accepted 07282026

Seksyon 2: Impormasyon ng Awtorisadong Kinatawan

Bigyan Kami ng Impormasyon Tungkol sa Kinatawan Mo

Apelyido: ______________________________ Pangalan: ________________________

Relasyon sa Miyembro: ____

Address: ____

Lungsod: ___________________________ Estado: __________ Zip Code: __________

Numero ng Telepono: __________________ ☐ Bahay ☐ Cellphone

Seksyon 3: Mga Tungkulin ng Awtorisadong Kinatawan

Pinapahintulutan ng pagtatalagang ito ang awtorisadong kinatawan na kumilos sa ngalan ng miyembro 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 upang tumulong sa koordinasyon ng medikal na pangangalaga ng miyembro
- Awtoridad na kumilos sa mga usapin tungkol sa iniresetang gamot (Part D)

Seksyon 4: Pahintulot para sa Sensitibong Impormasyon (Opsyonal)

Kasama rin sa pagtatalagang ito ang pahintulot na kumilos sa impormasyong nauugnay sa aking pangangalaga para sa **mga sensitibong serbisyo**, na maaaring kinabibilangan ng kalusugan ng pag-iisip, kalusugan kaugnay ng reproduksyon, paggamot sa paggamit ng substance, gender-affirming na pangangalaga, o iba pang protektadong kategorya. Nauunawaan kong boluntaryo ang pahintulot na ito at maaari itong bawiin anumang oras.

☐ **Oo**, pinapahintulutan ko ang aking kinatawan na kumilos sa mga usapin ng sensitibong impormasyon.

☐ **Hindi**, hindi ko pinapahintulutan ang aking kinatawan na kumilos sa mga usapin ng sensitibong impormasyon.

Seksyon 5: Pagtanggap ng Awtorisadong Kinatawan

Basahin at Lagdaan

Nabasa ko na ang form na ito at nauunawaan kong:

- Valid ang pagtatalaga ng kinatawan nang isang (1) taon mula sa petsa kung kailan isinumite ang form na ito. Maaaring bawiin ng miyembro ng Alliance ang pagtatalagang ito anumang oras at maaari siyang magtalaga ng ibang (mga) indibidwal na kikilos bilang kanyang awtorisadong kinatawan.
- Wala akong ibang kapangyarihang kumilos sa ngalan ng miyembro, maliban kung para sa mga serbisyo ng Alliance na nakasaad sa Seksyon 3 at Seksyon 4.
- Hindi ko puwedeng ilipat o i-reassign ang pagtatalaga sa akin.
- Maaari 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.
- Pag-aalis ng Bayarin para sa Pagkatawan (para lang sa mga provider): Ang mga provider at supplier na nagbigay ng mga item o serbisyo sa ilalim ng AOR ay hindi pinapahintulutang maningil ng bayarin para sa pagkatawan at, sa pamamagitan ng paglagda, pormal nilang isinusuko ang anumang karapatan sa mga nasabing bayarin.
  - Sumasang-ayon akong hindi singilin ang miyembro o sinupaman para sa pagkatawan sa kanila sa usaping ito.

    Pangalan ng Kinatawan/Organisasyon:

    ____

    Pambansang Pagkakakilanlan ng Provider (National Provider Identifier, NPI) (kung provider):

    ____

- Pag-waive ng Pagbabayad para sa mga Apela sa ilalim ng § 1879(a)(2): Kinakailangan lamang kung ikaw ay isang provider o supplier na nagbigay ng mga serbisyong inaapela.
  - Sumasang-ayon akong hindi manghingi ng bayad mula sa Medicare o sa miyembro para sa mga pinag-uusapang item o serbisyo kung napagpasyahang hindi dapat magbayad ang Medicare sa ilalim ng § 1879(a)(2).

    Pangalan ng Kinatawan/Organisasyon:

    ____

    Pambansang Pagkakakilanlan ng Provider (National Provider Identifier, NPI) (kung provider):

    ____

Sa pamamagitan ng paglagda sa ibaba, tinatanggap ko ang pagtatalagang ito.

Lagda ng Awtorisadong Kinatawan: ______________________________ Petsa: ____________

Seksyon 6: Layunin at mga Karapatan ng Miyembro

Basahin at Lagdaan

Nabasa ko na ang form na ito at nauunawaan kong:

- Sa pagsagot sa pagtatalagang ito, sumasang-ayon akong kumilos ang aking awtorisadong kinatawan sa ngalan ko para sa mga serbisyong nabanggit sa Seksyon 3 at Seksyon 4.
- 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, maaari itong ihayag ulit ng tatanggap, at maaaring 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 nang personal, sa pamamagitan ng pagpapadala ng liham, fax, o email.

Para sa mga miyembro ng Panggrupong Pangangalaga ng Alliance at Medi-Cal:

Personal/sa pamamagitan ng koreo:
Attn: Departamento ng Mga Serbisyo sa Miyembro
Alameda Alliance for Health
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502
Fax: **1.877.747.4504**
Email: **memberservices@alamedaalliance.org**

Para sa mga miyembro ng Alameda Alliance Wellness (HMO D-SNP):

Personal/sa pamamagitan ng koreo:
Attn: Alameda Alliance Wellness Member Service Department
Alameda Alliance Wellness
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502
Fax: **1.877.747.4504**
Email: **DeptAAWMemberSupport@alamedaalliance.org**

Sa pamamagitan ng 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.)