

Mẫu Đơn chỉ định Người Đại Diện Được Ủy Quyền (AOR)

Hội viên của Alameda Alliance for Health (Alliance) có quyền ủy quyền (cho phép) một người bạn, thành viên gia đình hoặc một người khác được tiếp cận một số thông tin y tế của mình. Để thực hiện quyền này của hội viên, vui lòng sử dụng mẫu đơn này để chỉ định một cá nhân làm người đại diện được ủy quyền cho hội viên Alliance.

Hướng dẫn

1. Vui lòng viết in hoa rõ ràng hoặc nhập thông tin vào tất cả các trường bên dưới.
2. Nộp mẫu đơn đã điền đầy đủ trực tiếp, qua đường bưu điện, fax hoặc email.

Dành cho hội viên Alliance Group Care và Medi-Cal:

Nộp trực tiếp/quá đường bưu điện:

Attn: Member Services Department
Alameda Alliance for Health
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502

Fax: **1.877.747.4504**

Email: **memberservices@alamedaalliance.org**

Đối với hội viên của Alameda Alliance Wellness (HMO D-SNP):

Nộp trực tiếp/quá đường bưu điện:

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**

Phần 1: Thông Tin Hội Viên Alliance

Hãy Cho Chúng Tôi Biết Về Quý Vị

Họ: _____ Tên: _____

Số ID Hội Viên Alliance (Alliance Group Care hoặc Medi-Cal, hoặc Alameda Alliance Wellness): _____

Số ID Medi-Cal (nếu đủ điều kiện và biết thông tin): _____

Số ID Medicare (nếu đủ điều kiện và biết thông tin): _____

Địa Chỉ: _____

Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Mã Bưu Chính: _____

Số Điện Thoại: _____ ☐ Nhà Riêng ☐ Di Động

Mẫu Đơn Chỉ Định AOR

Phần 2: Thông Tin của Người Đại Diện Được Ủy Quyền

Hãy Cho Chúng Tôi Biết Về Người Đại Diện Của Quý Vị

Họ: _____ Tên: _____

Mối Quan Hệ với Hội Viên: _____

Địa Chỉ: _____

Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Mã Bưu Chính: _____

Số Điện Thoại: _____ ☐ Nhà Riêng ☐ Di Động

Phần 3: Nhiệm Vụ của Người Đại Diện Được Ủy Quyền

Mẫu đơn chỉ định này cho phép người đại diện được ủy quyền thay mặt hội viên thực hiện các việc liên quan đến dịch vụ của Alliance sau đây:

- Thay đổi bác sĩ/nhóm y khoa của tôi
- Gửi đơn phàn nàn hoặc khiếu nại
- Yêu cầu thẻ ID hội viên Alliance mới
- Trao đổi với Alliance để hỗ trợ điều phối dịch vụ chăm sóc y tế của hội viên
- Thẩm quyền hành động trong các vấn đề về thuốc theo toa (Phần D)

Phần 4: Ủy Quyền đối với Thông Tin Nhạy Cảm (Tùy Chọn)

Mẫu đơn chỉ định này cũng bao gồm cả thẩm quyền hành động đối với thông tin liên quan đến hoạt động chăm sóc của tôi về **dịch vụ nhạy cảm**, trong đó có thể bao gồm sức khỏe tâm thần, sức khỏe sinh sản, điều trị tình trạng liên quan đến việc sử dụng chất gây nghiện, chăm sóc xác nhận giới tính hoặc các danh mục được bảo vệ khác. Tôi hiểu rằng đây là ủy quyền tự nguyện và có thể rút lại ý kiến bất cứ lúc nào.

- ☐ **Có**, tôi ủy quyền cho người đại diện của mình hành động trong vấn đề thông tin nhạy cảm.
- ☐ **Không**, tôi không ủy quyền cho người đại diện của mình hành động trong vấn đề thông tin nhạy cảm.

Mẫu Đơn Chỉ Định AOR**Phần 5: Chấp Thuận của Người Đại Diện Được Ủy Quyền****Đọc và Ký Tên**

Tôi đã đọc mẫu đơn này và hiểu rằng:

- Thời hạn chỉ định người đại diện có hiệu lực là một (1) năm kể từ ngày gửi mẫu đơn này. Hội viên Alliance có thể rút lại quyết định chỉ định này bất cứ lúc nào và chỉ định (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 3 và Phần 4.
- Tôi không được phép chuyển nhượng hoặc chỉ định lại quyết định chỉ định của mình.
- Tôi có thể dừng (thu hồi) quyết định chỉ định này bất cứ lúc nào bằng cách gửi yêu cầu bằng văn bản đến Alliance.
- Tôi đồng ý tuân thủ tất cả các luật pháp tiểu bang và liên bang có quy định về đại diện được ủy quyền. Bao gồm, nhưng không giới hạn ở, luật về quyền riêng tư thông tin, các quy tắc chống lại việc chỉ định lại các yêu cầu thanh toán của nhà cung cấp và xung đột lợi ích.
- Miễn Trừ Phí Đại Diện (dành riêng cho nhà cung cấp): Các nhà cung cấp và nhà cung ứng đã cung cấp các vật dụng hoặc dịch vụ theo mẫu đơn Cho Phép Đại Diện (Authorization of Representation, AOR) không được phép tính phí đại diện và họ chính thức từ bỏ mọi quyền đối với các khoản phí đó, sau khi ký tên.
 - Tôi đồng ý không tính phí đại diện cho hội viên hoặc bất kỳ ai khác trong vấn đề này.

Tên Người Đại Diện/Tổ Chức:

Số Nhận Dạng Nhà Cung Cấp Quốc Gia (National Provider Identifier, NPI)
(nếu là nhà cung cấp):

- Miễn Trừ Thanh Toán Khiếu Nại theo § 1879(a)(2): Chỉ bắt buộc nếu quý vị là nhà cung cấp hoặc nhà cung ứng đã cung cấp dịch vụ bị khiếu nại.
 - Tôi đồng ý không yêu cầu Medicare hoặc hội viên thanh toán cho các vật dụng hoặc dịch vụ liên quan nếu có quyết định rằng Medicare không cần chi trả theo § 1879(a)(2).

Tên Người Đại Diện/Tổ Chức:

Số Nhận Dạng Nhà Cung Cấp Quốc Gia (NPI) (nếu là nhà cung cấp):

Bằng cách ký tên dưới đây, tôi chấp nhận quyết định chỉ định này.

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

Mẫu Đơn Chỉ Định AOR

Phần 6: Mục Đích và Quyền của Hội Viên

Đọc và Ký Tên

Tôi đã đọc mẫu đơn này và hiểu rằng:

- Khi điền vào đơn chỉ định 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 nêu ở Phần 3 và Phần 4.
- 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 được tiết lộ theo mẫu đơn ủy quyền này, thông tin có thể được người nhận tiết lộ lại và có thể sẽ 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) quyết định chỉ định này bất cứ lúc nào bằng cách gửi văn bản yêu cầu đến Alliance theo cách trực tiếp, qua đường bưu điện, fax hoặc email.

Dành cho hội viên Alliance Group Care và Medi-Cal:

Nộp trực tiếp/quá đường bưu điện:

Attn: Member Services Department
Alameda Alliance for Health
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502

Fax: **1.877.747.4504**

Email: **memberservices@alamedaalliance.org**

Đối với hội viên của Alameda Alliance Wellness (HMO D-SNP):

Nộp trực tiếp/quá đường bưu điện:

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**

Bằng cách ký tên dưới đây, tôi ủy quyền chỉ định 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.)