



فرم تعیین نماینده مجاز (Appointment of Authorized Representative, AOR)

به عنوان عضو (Alameda Alliance for Health (Alliance)، شما حق دارید به یکی از دوستان، اعضای خانواده، یا آشنایان خود 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 و آن را ایمیل، فکس یا پست کنید به:

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

ایمیل: memberservices@alamedaalliance.org

بخش 1: درباره خودتان به ما بگویید

عضو Alliance

نام خانوادگی: _____ نام: _____
شماره تلفن: _____
شناسه عضویت Alliance (Medicare یا Medi-Cal یا Group Care): _____
شناسه Medi-Cal (در صورت واجد شرایط بودن در طرح و اطلاع از این شناسه): _____
شناسه Medicare (در صورت واجد شرایط در طرح و اطلاع از این شناسه): _____
نشانی: _____
شهر: _____ ایالت: _____ زیپکد: _____

بخش 2: درباره نماینده‌تان به ما بگویید

نام نماینده مجاز

نام خانوادگی: _____ نام: _____
شماره تلفن: _____ نسبت با شما (عضو): _____
نشانی: _____
شهر: _____ ایالت: _____ زیپکد: _____

بخش 3: 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
- این انتصاب همچنین شامل مجوز اقدام درباره امور مربوط به داروهای تجویزی (بخش D) است.

بخش 4: مجوز برای اطلاعات حساس (اختیاری)

این انتصاب همچنین شامل مجوز اقدام در زمینه اطلاعات مربوط به مراقبت من برای **خدمات حساس** است که ممکن است شامل سلامت روان، سلامت باروری، درمان استفاده از مواد مخدر، مراقبت در زمینه ابراز جنسیتی، یا سایر دسته‌های محافظت‌شده باشد. درک می‌کنم این مجوز داوطلبانه است و هر لحظه قابل لغو کردن است.

☐ **بله**، به نماینده‌ام اجازه می‌دهم در امور مربوط به اطلاعات حساس اقدام کند.

☐ **خیر**، به نماینده‌ام اجازه نمی‌دهم در امور مربوط به اطلاعات حساس اقدام کند.

بخش 5: پذیرش نماینده مجاز

بخوانید و امضا کنید

این فرم را خوانده‌ام و درک می‌کنم:

- اعتبار انتصاب نماینده به‌مدت یک (1) سال و از تاریخ تحویل این فرم است.
- عضو Alliance هر لحظه می‌تواند این انتصاب را متوقف سازد و شخص/اشخاص دیگری را به‌عنوان نماینده مجاز خود تعیین کند.
- غیر از موارد مربوط به خدمات Alliance که در بخش 3 و 4 بالا توضیح داده شد، اختیار دیگری برای اقدام از طرف عضو نامبرده ندارم.
- نمی‌توانم انتصاب خودم را منتقل یا واگذار کنم.
- با فرستادن درخواست کتبی به Alliance، هر لحظه می‌توانم این انتصاب را لغو (متوقف) کنم.
- موافقت می‌کنم 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.
- چشم‌پوشی از هزینه نمایندگی (فقط برای ارائه‌دهندگان): ارائه‌دهندگان و تأمین‌کنندگانی که اقلام و خدماتی تحت فرم تعیین نماینده مجاز (AOR) ارائه کرده‌اند، نمی‌توانند هزینه‌ای برای نمایندگی درخواست کنند و با امضایشان رسماً از حق دریافت هرگونه هزینه از این نوع چشم‌پوشی می‌کنند.

○ موافقت می‌کنم از عضو یا هر فرد دیگر هزینه‌ای برای نمایندگی از آن‌ها در این موضوع درخواست نکنم.

نام نماینده/سازمان:

شناسه ملی ارائه‌دهنده (NPI) (برای ارائه‌دهنده):

بخش 5: پذیرش نماینده مجاز (ادامه)

بخوانید و امضا کنید (ادامه)

- چشمپوشی از پرداخت برای درخواست‌های تجدیدنظر تحت قانون (a)(2) 1879: فقط در صورتی الزامی است که ارائه‌دهنده یا تأمین‌کننده‌ای باشید که خدمات موضوع تجدیدنظر را ارائه کرده‌اید.
 - موافقت می‌کنم اگر تصمیم گرفته شود که Medicare نباید تحت قانون (a)(2) 1879 پولی پرداخت کند، برای اقلام یا خدمات مزبور، از Medicare یا عضو پولی درخواست نکنم.
- نام ارائه‌دهنده/تأمین‌کننده:

شناسه ملی ارائه‌دهنده (NPI) (برای ارائه‌دهنده):

با امضای زیر، بدین‌وسیله این انتصاب را می‌پذیرم.

امضای نماینده مجاز: _____ تاریخ: _____

بخش 6: هدف و حقوق عضو

بخوانید و امضا کنید

- این فرم را خوانده‌ام و درک می‌کنم:
- با ثبت این انتصاب، موافقت می‌کنم نماینده مجازم از طرف من در رابطه با خدمات برگزیده در بخش 3 و 4 بالا اقدام کند.
 - با داشتن نماینده مجاز، حقوق و مسئولیت‌های من به‌عنوان عضو Alliance تغییر نمی‌کنند.
 - درک می‌کنم پس از افشای اطلاعات براساس این مجوز، ممکن است این اطلاعات توسط گیرنده مجدداً افشا شود و دیگر توسط مقررات حریم خصوصی فدرال یا ایالتی محافظت نشود.
 - آگاه هستم با فرستادن درخواست کتبی به Alliance از طریق نشانی زیر، در هر زمان می‌توانم این انتصاب را لغو (متوقف) کنم:

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

با امضای زیر، بدین‌وسیله این انتصاب را مجاز اعلام می‌کنم که از تاریخ امضا معتبر است.

امضا: _____ تاریخ: _____

نسبت، در صورتی که امضا به نیابت از انجام می‌گیرد: _____

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