



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.

Upang 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:

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

Seksyon 1: Bigyan Kami ng Impormasyon Tungkol sa Iyo

Miyembro ng Alliance

Apelyido: _____ Pangalan: _____

Numero ng Telepono: _____

Numero ng ID ng Miyembro ng Alliance (*Group Care, Medi-Cal, o Medicare*): _____

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

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

Address: _____

Lungsod: _____ Estado: _____ Zip Code: _____

Seksyon 2: Bigyan Kami ng Impormasyon Tungkol sa Iyong Kinatawan

Pangalan ng Awtorisadong Kinatawan

Apelyido: _____ Pangalan: _____

Numero ng Telepono: _____ Kaugnayan sa Iyo (Miyembro): _____

Address: _____

Lungsod: _____ Estado: _____ Zip Code: _____

Seksyon 3: Magagawa ng Aking Kinatawan ang Mga Sumusunod

Pinapahintulutan ng pagtatalagang ito ang aking awtorisadong kinatawan na kumilos sa ngalan ko 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 upang tumulong sa koordinasyon ng aking medikal na pangangalaga
- Kasama rin sa pagtatalagang ito ang pahintulot na kumilos sa mga usapin ng inireresetang gamot (Bahagi 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 magtatalaga 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 maaaring 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, ngunit hindi limitado sa, mga batas tungkol sa privacy ng impormasyon, 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:

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

Seksyon 5: Pagtanggap ng Awtorisadong Kinatawan (pagpapatuloy)

Basahin at Lagdaan

- Pag-aalis ng Bayad para sa Mga Apela sa ilalim ng § 1879(a)(2): Kinakailangan lang kung isa kang 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 Provider/Supplier:

Numero ng 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 napili sa itaas 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 maaari kong ihinto (bawiin) ang pagtatalagang ito anumang oras sa pamamagitan ng pagpapadala ng nakasulat na kahilingan sa Alliance sa:

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

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.)