



## 授權代表（AOR）委任書

作為 Alameda Alliance for Health（Alliance）計畫成員，您有權利授予（給予）朋友、家人或其他指定人士獲取您的某些醫療資訊的權限。

如欲行使此計畫成員權利，您必須填寫此表中的**所有字段**，並將其郵寄、傳真或電郵至：

收件人：Member Services Department  
Alameda Alliance for Health  
1240 South Loop Road  
Alameda, CA 94502  
傳真：1.877.747.4504  
電子郵件：[memberservices@alamedaalliance.org](mailto:memberservices@alamedaalliance.org)

### 第 1 部分：關於您的資訊

#### Alliance 計畫成員

姓氏：\_\_\_\_\_ 名字：\_\_\_\_\_

電話號碼：\_\_\_\_\_

Alliance 會員 ID 號（團體護理、Medi-Cal 或 Medicare）：

Medi-Cal ID 號（如符合資格且已知）：\_

Medicare ID 號（如符合資格且已知）：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

城市：\_\_\_\_\_ 州：\_\_\_\_\_ 郵遞區號：\_\_\_\_\_

### 第 2 部分：關於您的代表

#### 獲授權代表之姓名

姓氏：\_\_\_\_\_ 名字：\_\_\_\_\_

電話號碼：\_\_\_\_\_ 與您（計畫成員）的關係：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

城市：\_\_\_\_\_ 州：\_\_\_\_\_ 郵遞區號：\_\_\_\_\_

### 第 3 部分：我的代表可執行以下事項

此授權允許我的授權代表代表我處理以下 **Alliance** 服務：

- 更換本人的醫師/醫療團體
- 提出申訴或上訴
- 訂購新的 **Alliance** 計畫成員識別卡
- 代本人諮詢 **Alliance** 以幫助協調本人的醫護事宜
- 此授權也包含處理處方藥（D 部分）事務的權限。

### 第 4 部分：敏感資訊授權（自願填寫）

此授權也包含處理我與**敏感服務**相關資訊的權限，這些服務可能包括心理健康、生殖健康、藥物濫用治療、性別肯定護理或其他受保護類別。我了解此授權為自願性質，可隨時撤銷。

- ☐ 是，我授權我的代表處理敏感資訊事務。
- ☐ 否，我不授權我的代表處理敏感資訊事務。

### 第 5 部分：授權代表接受條款

#### 閱讀並簽署

本人已閱讀此表內容並了解：

- 授權代表的有效期為本表格提交日期起算一（1）年。
- **Alliance** 計畫成員可隨時撤銷此授權，並指派其他個人或多人擔任其授權代表。
- 除了針對上列第 3 和第 4 部分所述 **Alliance** 服務採取行動以外，本人無權代表該計畫成員行事。
- 本人不得移交或重新委派此項委任工作。
- 本人可以隨時向 **Alliance** 提交書面申請，以終止（撤銷）此項委任。
- 本人同意遵守有關授權代表的所有州和聯邦法律，包括但不限於資訊隱私法、禁止重新分配服務提供者索償單的相關規定及利益衝突。
- 代表費用豁免（僅適用於服務提供者）：根據 **AOR** 提供項目或服務的服務提供者與供應商不得收取代表費用，且簽署此處即表示其正式放棄收取此類費用的權利。
  - 我同意不會向計畫成員或任何其他人收取代表他們處理此事務的費用。

代表/組織名稱：

國家提供者識別碼（NPI）編號（若為服務提供者）：

## 第 5 部分：授權代表接受條款（續）

### 閱讀並簽署

- 根據 § 1879 (a) (2) 豁免申訴付款：只有當您是提供申訴服務的服務提供者或供應商時才需要。
  - 我同意，如果根據 § 1879 (a) (2) .2) 判定 **Medicare** 不應支付相關費用，則不會向 **Medicare** 或計畫成員索取相關物品或服務的付款。

服務提供者/供應商名稱：

國家提供者識別碼（NPI）編號（若為服務提供者）：

在下方簽名即表示本人接受此項委任。

授權代表姓名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

## 第 6 部分：目的及計畫成員權利

### 閱讀並簽署

本人已閱讀此表內容並了解：

- 填寫此委任書，即表示本人同意授權代表針對上方第 3 和第 4 部分所述服務代本人採取行動。
- 本人作為 **Alliance** 計畫成員所擁有的權利和責任，不會因本人委任授權代表而發生變化。
- 本人了解，依據此項授權所披露的資訊可能會被資訊接收者再次披露，而且這些資訊可能不再受聯邦或州隱私權條例之保護。
- 本人知曉，本人可以隨時向 **Alliance** 提交書面申請，以終止（撤銷）此項委任，地址如下：

收件人：Member Services Department  
Alameda Alliance for Health  
1240 South Loop Road  
Alameda, CA 94502  
傳真：1.877.747.4504

在下方簽名，即表示本人對此項委任予以授權，自簽字之日起生效。

簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

與計畫成員的關係（如果是代計畫成員簽署）：\_\_\_\_\_

如果是代計畫成員簽署，您必須隨本表提供授權您擔任該計畫成員個人代表的證明文件。  
（例如，醫療保健授權書、監護權委託書等）