



Mẫu Đơn Bổ Nhiệm Người Đại Diện Được Ủy Quyền (AOR)

Là hội viên của Alameda Alliance for Health (Alliance), quý vị có quyền ủy quyền (cho phép) một người bạn, thành viên gia đình hoặc một người khác mà quý vị xác định có quyền truy cập vào một số thông tin y tế của quý vị.

Để thực hiện quyền hội viên này, quý vị phải **hoàn thành tất cả các trường** của mẫu đơn này và gửi qua đường bưu điện, fax hoặc email đến:

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

Mục 1: Cung Cấp Cho Chúng Tôi Thông Tin Về Quý Vị

Hội Viên Alliance

Họ: _____ Tên: _____

Số Điện Thoại: _____

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

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: _____

Mục 2: Cung Cấp Cho Chúng Tôi Thông Tin Về Người Đại Diện của Quý Vị

Tên của Người Đại Diện Được Ủy

Họ: _____ Tên: _____

Số Điện Thoại: _____ Mối Quan Hệ với Quý Vị (Hội Viên): _____

Địa Chỉ: _____

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

Mục 3: Những Việc Mà Người Đại Diện Của Tôi Có Thể Thực Hiện

Mẫu đơn bổ nhiệm này cho phép người đại diện được ủy quyền của tôi thay mặt tôi thực hiện các dịch vụ của Alliance sau đây:

- Thay đổi bác sĩ/nhóm y khoa của tôi
- Đề trình đơn phân nân hoặc khiếu nại
- Yêu cầu thẻ hội viên Alliance mới
- Thay mặt tôi trao đổi với Alliance để hỗ trợ điều phối việc chăm sóc y tế của tôi
- Mẫu đơn bổ nhiệm này cũng bao gồm cả thẩm quyền hành động trong các vấn đề về thuốc theo toa (Phần D).

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

Mẫu đơn bổ nhiệm 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.

Mục 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 bổ nhiệm 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 bổ nhiệm này bất cứ lúc nào và bổ nhiệm (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 Mục 3 và Mục 4.
- Tôi không được phép chuyển nhượng hoặc chỉ định lại quyết định bổ nhiệm của mình.
- Tôi có thể dừng (thu hồi) quyết định bổ nhiệm 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 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):

Mục 5: Chấp Thuận của Người Đại Diện Được Ủy Quyền (tiếp)

Đọc và Ký Tên

- 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).2).

Tên Nhà Cung Cấp/Nhà Cung Ứng

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 bổ nhiệm này.

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

Mục 6: Mục Đích & Quyền của Hội Viên

Đọc và Ký Tên

Tôi đã đọc mẫu đơn này và hiểu rằng:

- Bằng cách điền vào đơn bổ nhiệm 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 chọn ở trên trong Mục 3 và Mục 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 bổ nhiệm này bất cứ lúc nào bằng cách gửi yêu cầu bằng văn bản đến Alliance theo địa chỉ:

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

Bằng cách ký tên dưới đây, tôi ủy quyền bổ nhiệm này, có hiệu lực vào ngày ký.

Chữ Ký: _____ Ngày: _____

Mỗi 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.)