



Mẫu Đơn của Người Đại Diện Được Ủy Quyền (AOR) và Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ

Với tư cách là hội viên của Alameda Alliance for Health (Alliance), quý vị có thể chọn một người làm người đại diện được ủy quyền (Authorized Representative, AOR) của mình. AOR của quý vị có thể trao đổi với chúng tôi thay mặt cho quý vị. Chúng tôi sẽ làm việc với người này giống như làm việc với quý vị. AOR của quý vị có thể hành động thay cho quý vị trong hầu hết các vấn đề về chăm sóc sức khỏe, và tiếp nhận cũng như tiết lộ Thông Tin Sức Khỏe Cá Nhân (Personal Health Information, PHI) của quý vị. Vui lòng hoàn thành mẫu đơn này để yêu cầu một AOR.

HƯỚNG DẪN

1. Vui lòng viết in hoa rõ ràng, hay đánh máy thông tin vào những trường bên dưới.
2. Vui lòng gửi lại mẫu đơn đã điền đầy đủ thông tin qua đường bưu điện hoặc fax:
Alameda Alliance for Health
ATTN: Member Services Department
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502
Fax: **1.877.747.4504**

PHẦN 1: THÔNG TIN HỘI VIÊN (BẮT BUỘC)

HỘI VIÊN ALLIANCE:

HỌ: _____ TÊN: _____

CHA/MẸ/NGƯỜI GIÁM HỘ CỦA HỘI VIÊN ALLIANCE (NẾU CÓ)

HỌ: _____ TÊN: _____

SỐ ID HỘI VIÊN ALLIANCE: _____ NGÀY SINH (THÁNG/NGÀY/NĂM): _____

SỐ ĐIỆN THOẠI NHÀ RIÊNG: _____ SỐ ĐIỆN THOẠI DI ĐỘNG: _____

ĐỊA CHỈ: _____

THÀNH PHỐ: _____ TIỂU BANG: _____ MÃ BƯU ĐIỆN: _____

CHỮ KÝ: _____ NGÀY: _____

MẪU ĐƠN NÀY TIẾP TỤC Ở TRANG TIẾP THEO.

PHẦN 2: LOẠI THÔNG TIN HỘI VIÊN ĐƯỢC ỦY QUYỀN (BẮT BUỘC)

☐ Tôi cho phép việc sử dụng và tiết lộ bất cứ PHI nào, bao gồm nhà cung cấp dịch vụ điều trị, chẩn đoán, thủ thuật, thông tin nhân khẩu, yêu cầu bảo hiểm hoặc quyền lợi, và việc nhận được bất cứ chấp thuận hoặc cho phép cần thiết nào đối với các dịch vụ y tế. **Điều này cũng bao gồm thông tin về sức khỏe tâm thần, lạm dụng ma túy hoặc rượu, và thông tin liên quan đến bệnh HIV/AIDS, trừ khi có quy định khác dưới đây:**

- ☐ Không bao gồm thông tin liên quan đến bệnh HIV/AIDS
- ☐ Không bao gồm thông tin về Sức Khỏe Tâm Thần
- ☐ Không bao gồm thông tin về lạm dụng ma túy hoặc rượu
- ☐ Không bao gồm thông tin khác: _____

Xin lưu ý: Sự cho phép này không đồng nghĩa với việc cung cấp cho người đại diện quyền được đưa ra quyết định về điều trị hoặc chăm sóc trực tiếp. Sự cho phép này cũng không thay đổi cách thức Alliance xử lý các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.

PHẦN 3: SỬ DỤNG VÀ/HOẶC TIẾT LỘ THÔNG TIN ĐƯỢC PHÉP (BẮT BUỘC)

Vui lòng chọn từng ô để xác nhận rằng quý vị đã đọc và hiểu rõ từng điều kiện.

- ☐ Tôi chỉ định người có tên dưới đây đại diện cho tôi và/hoặc con tôi.
- ☐ Tôi cho phép người đại diện tiếp nhận, thảo luận, và tiết lộ PHI.
- ☐ Tôi xác nhận rằng tôi cho phép trên cơ sở hoàn toàn tự nguyện.
- ☐ Tôi hiểu rằng tôi có thể hủy bỏ sự cho phép của mình bất cứ lúc nào bằng cách gửi thư thông báo đến Alliance.
- ☐ Sự chỉ định người đại diện này có hiệu lực ngay lập tức và sẽ duy trì hiệu lực trong **một (1) năm** kể từ ngày ký tên hoặc theo chỉ định ở đây: _____ (ngày kết thúc).

PHẦN 4: THÔNG TIN CỦA NGƯỜI ĐẠI DIỆN ĐƯỢC ỦY QUYỀN VÀ CHẤP NHẬN CHỈ ĐỊNH (BẮT BUỘC)

Bằng việc hoàn thành mẫu đơn này, tôi chấp nhận với việc chỉ định nêu trên.

TÊN CỦA NGƯỜI ĐẠI DIỆN ĐƯỢC ỦY QUYỀN: _____

TÊN TỔ CHỨC (NẾU CÓ): _____

SỐ ĐIỆN THOẠI NHÀ: _____ SỐ ĐIỆN THOẠI DI ĐỘNG: _____

ĐỊA CHỈ: _____

THÀNH PHỐ: _____ TIỂU BANG: _____ MÃ BƯU ĐIỆN: _____

CHỮ KÝ: _____ NGÀY: _____



Quý vị có thắc mắc? Xin vui lòng gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên Alliance

Số Điện Thoại: **1.510.747.4567**

Số Điện Thoại Miễn Phí: **1.877.932.2738**

Người khiếm thính và khiếm ngôn (CRS/TTY): **711/1.800.735.2929**

www.alamedaalliance.org