

Ներկայացուցչի նշանակում

Օգտագործեք այս ձևաթուղթը՝ լիազորելու Blue Shield of California-ին, Blue Shield of California Life & Health Insurance Company-ին և նրանց գործընկերներին (միասնաբար՝ «Blue Shield») ներկայացուցչի նշանակել՝ բողոքարկման կամ բողոքի առնչությամբ: Ես լիազորում եմ տվյալ անձին՝ իմ փոխարեն կատարել ցանկացած հարցում, ներկայացնել կամ ձեռք բերել ապացույցներ. ստանալ բողոքարկման մասին տեղեկատվություն և ցանկացած ծանուցում՝ իմ հայցի, բողոքարկման, բողոքի կամ հարցման առնչությամբ: Ես հասկանում եմ, որ տվյալ որոշման արդյունքում անձնական բժշկական տեղեկատվությունը կարող է բացահայտվել ստորև նշված ներկայացուցչին:

1. Ներկայացուցչի նշանակող անձ («Անդամ»)

Անդամի անունը՝ _____

Անդամի հասցեն՝ _____

Բաժանորդի նույնականացման համարը՝ _____

Ծննդյան ամսաթիվը՝ _____

2. Ո՞վ է նշանակված ներկայացուցիչը:

Ստացողի անունը՝ _____

Ստացողի հասցեն՝ _____

Ստացողի հարաբերությունը Անդամի հետ՝ _____

3. Ո՞րն է այս ձևաթուղթը լրացնելու նպատակը: (Նշեք կետերից մեկը)

Նշանակել ներկայացուցչի

Չեղյալ համարել ներկայացուցչի առկա նշանակումը

4. Ժամկետի սպառվելը և չեղյալ հայտարարելը:

Մույն Ներկայացուցչության նշանակումն ուժի մեջ կմնա այն (ստորև) ստորագրելու ամսաթվից, եթե այստեղ այլ ամսաթիվ նշված չէ. ____ / ____ / ____

Դուք իրավունք ունեք ցանկացած պահի չեղարկել ներկայացուցչի այս նշանակումը՝ գրավոր կերպով ծանուցելով Blue Shield-ին: Revoking this Appointment of Representation will not affect Information we use or disclose before we receive your revocation request. Եթե ներկայացուցչի նշանակումը կատարվել է ծնողի կամ օրինական խնամակալի կողմից՝ անչափահասի փոխարեն, ապա դրա ժամկետը կսպառվի անչափահասի տասնութ տարին լրանալուն պես:

5. Անդամի և ներկայացուցչի ստորագրությունը

Ես կարդացել եմ այս ձևաթուղթը և հասկանում և համաձայն եմ դրա պայմաններին: Ես կարգադրում եմ Blue Shield of California-ին թույլ տալ ներկայացուցչի նշանակումը՝ տեղեկատվությունը օգտագործելու կամ նշված ստացողին բացահայտելու նպատակով, ինչպես հաստատված է վերևում: Սա կարող է ներառել առողջության մասին տեղեկություններ, ինչպիսիք են թմրամիջոցների չարաշահումը, հոգեկան առողջությունը, վարքային առողջությունը, գենետիկական ստուգումը և ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի կարգավիճակը: Ես հասկանում եմ, որ երբ իմ տվյալները բացահայտվեն, դրանք կարող են կրկին բացահայտվել ստացողի կողմից և այլևս չեն կարող պաշտպանվել գաղտնիության մասին օրենքներով, ներառյալ 1996 թվականին ընդունված Առողջության ապահովագրության դյուրակրության և հաշվետվության մասին դաշնային օրենքը (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996):

Ես հասկանում եմ, որ Blue Shield-ը չպետք է պայմանավորի վճարումը, առողջապահական ծրագրում գրանցվելը կամ նպաստների իրավունակությունն այն բանից, թե արդյոք ես ստորագրել եմ այս Ներկայացուցչության նշանակումը:

Անդամի ստորագրություն

Ամսաթիվ

Անդամի անունը (տպագիր)

Ստորագրելով ստորև՝ հաստատում եմ, որ կարդացել եմ այս ձևաթուղթը և սույնով հաստատում եմ վերոնշյալ նշանակումը:

Ներկայացուցչի ստորագրություն

Ամսաթիվ

Ներկայացուցչի անունը (տպագիր)

Իրավական ներկայացուցիչներ կամ խնամակալներ

Եթե այս ձևաթուղթը ստորագրել է որևէ այլ անձ, և ոչ թե անդամը կամ անչափահասի ծնողը, օրինակ՝ անձնական/օրինական ներկայացուցիչը, խնամակալը կամ կատարողը, ապա **Դուք պետք է ներկայացնեք նաև իրավական փաստաթղթերը**, որոնք ցույց են տալիս, որ Դուք լիազորված եք հանդես գալ Անդամի (կամ Անդամի Ժառանգի) անունից և բացահայտել առողջական տեղեկությունները: Նման փաստաթղթերը կարող են ներառել, օրինակ.

1. Առողջապահական խնամքի տևական լիազորագիր
2. Ընթացիկ, վավեր փաստաթղթեր՝ դատարանի որոշմամբ խնամակալության վերաբերյալ կամ
3. Այլ վավեր իրավական փաստաթղթեր, որոնք ցույց են տալիս Անդամի (կամ Անդամի գույքի) անունից գործելու Ձեր իրավասությունը

Ներկայացուցչի անունը (տպատառ)՝ _____

Չարաբերությունը անդամի հետ՝ _____

Ներկայացված փաստաթղթերի տեսակը՝ _____

Ներկայացուցչի նշանակման ձևաթղթի պատճենը պահեք Ձեզ մոտ

Լրացված և ստորագրված Ներկայացուցչի նշանակման ձևաթուղթն ուղարկեք հետևյալ հասցեին.

Blue Shield of California Customer Care
P.O. Box 272540
Chico, CA 95927-2540

The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability.

La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental.

本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。