

Pagtatalaga ng kinatawan

Gamitin ang form na ito upang pahintulutan ang Blue Shield of California, Blue Shield of California Life & Health Insurance Company, at ang kanilang mga kasama sa negosyo (sama-samang tinatawag na "Blue Shield") upang pahintulutang maghirang ng kinatawan na may kaugnayan sa aking apela o karaingan. Pinapahintulutan ko ang indibidwal na ito na gumawa ng anumang kahilingan; magpakita o mangalap ng ebidensya; kumuha ng impormasyon sa mga apela; at tumanggap ng anumang abiso kaugnay ng aking claim, apela, karaingan o kahilingan sa ngalan ko. Nauunawaan kong maaaring ihayag ang personal na medikal na impormasyong nauugnay sa aking kahilingan sa kinatawang tinukoy sa ibaba.

1. Taong nagtatalaga ng kinatawan ("Miyembro")

Pangalan ng miyembro:

Address ng miyembro:

ID number ng subscriber:

Petsa ng kapanganakan:

2. Sino ang itinalagang kinatawan?

Pangalan ng tatanggap:

Address ng tatanggap:

Ugnayan ng tatanggap sa Miyembro:

3. Ano ang layunin ng pagsagot sa form na ito? (Lagyan ng check ang isa)

Magtatalaga ng kinatawan

Bawiin ang kasalukuyang pagtatalaga ng kinatawan

4. Pag-expire at pagpapawalang-bisa.

Mananatiling may bisa ang Pagtatalaga ng Kinatawan na ito sa loob ng isang taon mula sa petsa kung kailan ninyo ito nilagdaan (nasa ibaba) maliban kung may ibang petsang tinukoy dito: ___/___/___

May karapatan kayong bawiin ang Pagtatalaga ng Kinatawan na ito anumang oras sa pamamagitan ng pag-abiso sa Blue Shield sa pamamagitan ng sulat. Hindi maapektuhan ng pagbawi sa Pagtatalaga ng Kinatawan na ito ang Impormasyong ginagamit o inihahayag namin bago namin matanggap ang inyong kahilingan sa pagbawi. Kung ang Pagtatalaga ng Kinatawan na ito ay ibinigay ng magulang o legal na tagapangalaga para sa isang menor de edad, mawawalan ito ng bisa sa ikalabing walong kaarawan ng menor de edad.

5. Lagda ng miyembro at kinatawan

Nabasa ko ang form na ito at nauunawaan ko at sumasang-ayon ako sa mga tuntunin nito. Inaatasan ko ang Blue Shield of California na pahintulutan ang pagtatalaga ng kinatawan upang gamitin o ihayag ang impormasyon sa nakatalang tatanggap ayon sa inaatasa sa itaas. Maaaring kasama rito ang impormasyong pangkalusugan gaya ng pag-abuso sa substance, kalusugan ng pag-iisip, kalusugan ng pag-uugali, genetic testing, at status ng HIV/AIDS. Nauunawaan kong kapag inihayag na ang aking impormasyon, maaari itong ihayag ulit ng tatanggap at maaaring hindi na ito protektado ng mga batas tungkol sa pagkapribado, kabilang ang pederal na Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996.

Nauunawaan kong hindi maaaring ibatay ng Blue Shield ang pagbabayad, enrollment sa planong pangkalusugan, o pagiging karapat-dapat para sa mga benepisyong sa paglagda ko sa Pagtatalaga ng Kinatawan na ito.

Lagda ng miyembro

Petsa

Pangalan ng miyembro (isulat nang malinaw)

Sa pamamagitan ng paglagda sa ibaba, nabasa ko ang form na ito at tinatanggap ko ang pagtatalaga sa itaas.

Lagda ng kinatawan

Petsa

Pangalan ng kinatawan (isulat nang malinaw)

Mga legal na kinatawan o mga tagapangalaga

Kung nilagdaan ang form na ito ng taong maliban sa miyembro o ng magulang ng menor de edad, tulad ng personal/legal na kinatawan, tagapangalaga, o tagapagpatupad, **dapat rin kayong magsumite ng legal na dokumentasyon** na nagpapakita ng pagpapahintulot sa inyong kumilos sa ngalan ng Miyembro (o ari-arian ng Miyembro) upang maipalabas ang impormasyong pangkalusugan. Maaaring kalakip sa ganitong dokumentasyon ang, halimbawa:

1. Matibay na Power of Attorney hinggil sa Pangangalagang Pangkalusugan
2. Kasalukuyan, valid na dokumentasyon ng pangangalagang iniutos ng hukuman; o
3. Iba pang valid na legal na dokumentasyong nagpapakita ng pagpapahintulot sa inyong kumilos sa ngalan ng Miyembro (o sa ari-arian ng Miyembro)

Pangalan ng kinatawan (isulat nang malinaw): _____

Kaugnayan sa Miyembro: _____

Uri ng dokumentasyong isinumite: _____

Magtabi ng kopya ng form ng Pagtatalaga ng Kinatawan para sa inyong mga talaan

Ibalik ang nasagutan at nilagdaang form sa pagtatalaga ng kinatawan sa:

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。