

Mẫu Đơn Ủy Quyền Hội Viên

Tôi _____ chỉ định _____ người đại diện được ủy quyền của mình thay mặt tôi thực hiện các dịch vụ của Chương Trình Inland Empire Health Plan (IEHP) được mô tả bên dưới.

THÔNG TIN HỘI VIÊN:			YÊU CẦU
Tên Hội Viên	Số ID Hội Viên hoặc Số An Sinh Xã Hội (SSN)	Ngày Sinh của Hội Viên	

THÔNG TIN ĐẠI DIỆN ĐƯỢC ỦY QUYỀN:		YÊU CẦU
Tên Người Đại Diện Được Ủy Quyền	Mối Quan Hệ Với Hội Viên	
Địa Chỉ Của Người Đại Diện Được Ủy Quyền	Số Điện Thoại Ban Ngày Của Người Đại Diện Được Ủy Quyền	

DỊCH VỤ ĐƯỢC ỦY QUYỀN (chọn bất kỳ hoặc tất cả các mục sau):	YÊU CẦU
Việc chỉ định này cho phép Người Đại Diện Được Ủy Quyền của tôi thay mặt tôi thực hiện các dịch vụ dành cho hội viên IEHP sau:	Yêu
<input type="checkbox"/> Cầu Thông Tin: Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của Tôi	<input type="checkbox"/> Thay Đổi Bác Sĩ Chăm Sóc Chính (Primary Care Physician, PCP) của tôi
<input type="checkbox"/> Thay đổi IPA hoặc Nhóm y tế được chỉ định của tôi	<input type="checkbox"/> Gửi Khiếu nại hoặc Kháng nghị (chỉ dành cho Medi-Cal)
<input type="checkbox"/> Thay đổi thông tin nhân khẩu học của tôi (địa chỉ, số điện thoại, v.v.)	
<input type="checkbox"/> Khác: _____	

MỤC ĐÍCH và QUYỀN CỦA HỘI VIÊN:	YÊU CẦU
Bằng cách điền vào chỉ định này, tôi đồng ý để người đại diện được ủy quyền của tôi thay mặt tôi thực hiện các dịch vụ dành cho thành viên IEHP đã chọn ở trên.	
IEHP và người đại diện được ủy quyền của tôi chỉ có thể chia sẻ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ (Protected Health Information, PHI) cần thiết ở mức tối thiểu và các thông tin riêng tư khác để thực hiện các dịch vụ của IEHP.	
Tôi hiểu rằng tôi không phải ký vào Chỉ Định này, và việc này hoàn toàn tự nguyện. Việc tôi từ chối sẽ không ảnh hưởng đến khả năng tôi được điều trị, thanh toán hoặc đủ điều kiện nhận quyền lợi. Tôi hiểu rằng tôi có quyền nhận được một bản sao. Tôi hiểu thêm rằng nếu thông tin được cung cấp bởi Ủy Quyền này được tiết lộ (được cung cấp) cho người hoặc cơ quan khác thì thông tin đó có thể không còn được bảo vệ bởi luật bảo mật liên bang (HIPAA). Tuy nhiên, luật pháp California không cho phép người nhận thông tin sức khỏe theo Ủy Quyền này tiết lộ thông tin đó, trừ khi tôi nhận được Ủy Quyền mới cho việc tiết lộ đó hoặc trừ khi việc tiết lộ đó được pháp luật yêu cầu hoặc cho phép cụ thể.	
Tôi biết rằng tôi có thể dừng (thu hồi) chỉ định này bất kỳ lúc nào bằng cách gửi yêu cầu bằng văn bản tới IEHP theo địa chỉ: Inland Empire Health Plan Attn: Member Services P.O. Box 1800 Rancho Cucamonga, CA 91729 Fax: 909-890-5877 Email: MemberServices@iehp.org	
Việc chỉ định này có hiệu lực ngay lập tức và sẽ có hiệu lực trong một năm kể từ ngày ký, hoặc như được nêu ở đây: _____ (ngày kết thúc).	

Mẫu Đơn Ủy Quyền Hội Viên

SỰ CHẤP THUẬN CỦA ĐẠI DIỆN ĐƯỢC ỦY QUYỀN:

YÊU CẦU

Tôi đã đọc mẫu đơn này và hiểu rằng:

- Hội viên IEHP có thể hủy bỏ chỉ định này bất kỳ lúc nào và chỉ định (các) cá nhân khác làm đại diện được ủy quyền của mình;
- Tôi không có quyền hành động thay mặt hội viên ngoại trừ các dịch vụ IEHP như đã nêu ở trên;
- Tôi không được phép chuyển hoặc chỉ định lại chỉ định của mình.

Tôi xác nhận rằng:

- Tôi chưa bao giờ bị loại, bị đình chỉ hoặc bị cấm hành nghề trước Cơ quan An sinh Xã hội hoặc Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh.
- Tôi không phải là nhân viên hiện tại hoặc cựu nhân viên của Hoa Kỳ, bị loại khỏi tư cách Đại diện ủy quyền của hội viên

Bằng cách ký tên dưới đây, tôi chấp nhận sự chỉ định này:

Chữ Ký Của Người Đại Diện Được Ủy Quyền

Ngày

CHỮ KÝ HỘI VIÊN:

YÊU CẦU

Bằng cách ký tên dưới đây, tôi ủy quyền cho việc chỉ định này:

Chữ Ký Hội Viên

Ngày

VUI LÒNG HOÀN THÀNH TẤT CẢ CÁC PHẦN, KÝ TÊN VÀ GỬI LẠI MẪU ĐƠN NÀY ĐẾN:

**Inland Empire Health Plan | Attn: Member Services
P.O. Box 1800 | Rancho Cucamonga, CA 91729
Fax: 909-890-5877**

Email: MemberServices@iehp.org