

個人代表申請表 (2023年3月17日最後更新)

指定個人代表的目的是讓另一個人能夠在以下方面代表您行事：

就您的健康福利做出決策，
申請和/或披露您的私人健康資訊，以及
行使您在健康福利計畫下的所有權利。

個人代表可由會員/參與人依法指定或指定他人代其行事：

如果已依法指定個人代表，個人代表應填寫並簽署本表。必須與本表一起提交支持性法律文件，如表明擁有完全醫療保健決策權的授權書或監護文件。

如果個人代表由會員/參與人指定，會員/參與人需要在公證人在場的情況下簽署此表。

重要提示：如果要將藥物和訊息發送給個人代表，請致電1-866-314-2427聯繫中心健保聯邦健康保險計劃 (CHMP)。TTY用戶應請轉接711。我們每週7天營業，營業時間為早上8:00至晚上8:00 (PST)。

會員/參與人保留代表自己行事的權利，除非CHMP收到另有規定的法律文件。

注意：如果您的申請通過審批，它將會影響來自CHMP的書面和口頭訊息。如果您還希望您的醫生或CHMP以外的任何人對此進行更改，您必須另行征得他們的同意。

驗證- (請列印)

會員/參與人身份：

(需要以下資訊用於驗證。)

會員姓名： _____ 出生日期： _____

如果我們需要聯繫您以處理您的請求，請提供可以聯繫到您的電話號碼

(必填)： _____

社會保障號碼： _____

會員身份證號碼 (如適用)： _____

個人代表的身份：

個人代表姓名： (只能指定一人) _____

與會員/參與人的關係： _____

個人代表的出生日期： (按以下 8 位數字格式填寫：11231949 表示 1949 年 11 月 23 日) _____

關於該會員/參與人的通信地址：

提出這一請求的原因是什麼？ _____

個人代表的驗證問題

(在本節中，“您”和“您的”均指個人代表)

如果您要求提供會員/參與人的私人健康資訊，您在下面提供的答案將用於驗證您的身份。請注意，我們之所以提出這些問題，是因為這些問題的答案對您來說應該很容易記住，但您也可以輸入下文所述的其他數位。

您母親的出生日期是什麼時候？（用以下8位數格式回答：11231949表示1949年11月23日） _____

請不要將這些問題的答案提供給其他人。

您應保留本表的一份副本以供參考。

清注意

如果本表資訊不完整，CHMP 將把本表退還給您，在 CHMP 收到完整資訊之前，CHMP 不會考慮您的請求。

如果您的會員卡號或出生日期有變，屆時需要填寫另一份表格。

如果會員 / 參與者或團體改用 CHMP 提供的不同類型的醫療保健福利承保，屆時需要填寫另一份表格。

CHMP 不會同意您之前要求將資訊發送到其他地址的請求。今後所有會員/參與人信函都將發送到上述指定地址。

您可按下頁地址向 CHMP 發送書面申請，更改或撤銷此申請。您也可以致電 CHMP 會員服務部（電話號碼印在您的CHMP會員卡上）索取變更/撤銷表格。

簽名

由法院命令或其他法律文件指定的個人代表，**請填寫 A 部分。**

會員/參與人指定的個人代表，**請繼續閱讀B和/或C部分。**

A. 依法指定的個人代表：

我已閱讀並理解上述資訊。本人確認，簽署本表即表示本人擁有代表會員/參與人行事的合法授權。

個人代表簽名： _____ 日期： _____

為保護隱私，並確保除了會員/參與人指定的人員外，不會有其他人獲得私人健康資訊，該請求必須與適當的法律證明文件一起提交。

B. 會員/參與人指定的個人代表

為保護隱私，並確保除了會員/參與人指定的人員外，不會有其他人獲得私人健康資訊，此申請必須由會員/參與人簽名並經過公證。（公證服務通常可在您開戶的銀行免費提供）。



我已閱讀並理解上述資訊。本人確認簽署本表即授權 CHMP 將本人的個人代表視為本人。

會員/參與人/家長/監護人簽名 (此行由會員/參與人簽字, 授權個人代表。)

日期: _____

C. Notary Public Signature

State of _____)
) SS.
County of _____)

A notary public or other officer completing this certificate verifies only the identity of the individual who signed the document to which this certificate is attached, and not the truthfulness, accuracy, or validity of that document.

On this the _____ day of _____, 20_____, before me, (Notary Public), the undersigned officer, personally appeared _____(Member/Participant), known to me (or satisfactorily proven) to be the person whose name is subscribed to the within instrument and acknowledges that (s)he executed the same for the purposes therein contained. In witness whereof I hereunto set my hand.

Notary Public

My Commission Expires

請將填好的表格發送至:

Central Health Medicare Plan
PO Box 14244
Orange, CA 92863
Phone# (866) 314-2427
Fax# (626) 388-2361