

Đơn Yêu Cầu Làm Đại Diện Cá Nhân (cập nhật lần gần nhất 17 Tháng Ba 2023)

Mục đích của việc áp dụng Đại Diện Cá Nhân là nhằm cho phép một cá nhân khác thay mặt quý vị làm những việc liên quan tới:

- đưa ra quyết định về quyền lợi sức khỏe,
- yêu cầu và/hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe bảo mật của quý vị
- thực hiện tất cả quyền quý vị có được theo bảo hiểm sức khỏe của quý vị.

Đại Diện Cá Nhân có thể được chỉ định hợp pháp hoặc được Khách Hàng/Người Tham Gia chỉ định để thay mặt họ làm những việc:

- Khi Đại Diện Cá Nhân được bổ nhiệm hợp pháp, Đại Diện Cá Nhân phải điền và ký vào đơn này. Tài liệu pháp lý hỗ trợ, chẳng hạn như giấy ủy nhiệm cho biết toàn bộ quyền ra quyết định về chăm sóc sức khỏe hoặc giấy tờ về quyền bảo hộ, phải được nộp cùng với đơn này.
- Khi Đại Diện Cá Nhân được Khách Hàng/Người Tham Gia chỉ định, Khách Hàng/Người Tham Gia đó cần ký vào đơn này trước sự chứng kiến của Công Chứng Viên.

Quan trọng: Nếu thuốc men và thông tin liên lạc được gửi tới Đại Diện Cá Nhân, xin gọi cho công ty bảo hiểm Central Health Medicare (CHMP) qua số 1-866-314-2427. Khách hàng trợ thính nên gọi 711. Chúng tôi mở cửa bảy ngày một tuần từ 8 giờ sáng – 8 giờ tối (Giờ Thái Bình Dương PST).

Khách Hàng/Người Tham Gia có quyền tự làm việc trừ khi CHMP nhận được tài liệu pháp lý có quy định khác.

Lưu ý: Nếu yêu cầu của quý vị được chấp thuận, yêu cầu đó sẽ chỉ ảnh hưởng tới các thông tin liên lạc bằng văn bản và bằng miệng từ CHMP. Nếu quý vị cũng muốn bác sĩ của mình hoặc bất kỳ ai ngoài CHMP thực hiện điều chỉnh này, quý vị phải có được sự đồng thuận từ họ.

XÁC MINH– (Xin Viết In Hoa)

Danh Tách Khách Hàng/Người Tham Gia:

(Cần có thông tin dưới đây để kiểm chứng.)

Tên Khách Hàng: _____ Ngày Sinh: _____
Số điện thoại để chúng tôi liên lạc với quý vị nếu chúng tôi cần gọi cho quý vị để giải quyết yêu cầu của quý vị (bắt buộc): _____
Số An Sinh Xã Hội #: _____
Số thẻ ID khách hàng (nếu có): _____

Danh Tách Đại Diện Cá Nhân:

Tên Đại Diện Cá Nhân (chỉ được ghi tên một người): _____
Mối liên hệ với Khách Hàng/Người Tham Gia: _____

Ngày Sinh Đại Diện Cá Nhân (xin ghi theo định dạng 8 số giống thí dụ: 11231949 nếu ngày sinh là 23 Tháng Mười Một, 1949) _____

Địa chỉ để liên lạc với Khách Hàng/Người Tham Gia:

Nguyên nhân yêu cầu làm đơn? _____

CÂU HỎI XÁC MINH DÀNH CHO ĐẠI DIỆN CÁ NHÂN

(Trong mục này sẽ có khái niệm “Quý Vị” và “Của Quý Vị” chỉ Đại Diện Cá Nhân.)

Những câu trả lời quý vị đưa ra dưới đây sẽ được dùng để kiểm chứng danh tánh của quý vị nếu quý vị yêu cầu thông tin sức khỏe riêng tư về Khách Hàng/Người tham gia. Lưu ý rằng chúng tôi đặt ra những câu hỏi này vì câu trả lời phải dễ nhớ với quý vị nhưng quý vị có thể ghi các số khác như mô tả bên dưới.

Ngày sinh của mẹ của quý vị? (xin ghi theo định dạng 8 số giống thí dụ: 11231949 nếu ngày sinh là 23 Tháng Mười Một, 1949 _____)

- Xin ĐỪNG cho ai khác biết được những câu trả lời này.
- Quý vị nên giữ một bản sao của đơn này để dùng khi cần.

XIN LƯU Ý

- Nếu thông tin trong đơn này chưa đầy đủ, CHMP sẽ trả lại đơn cho quý vị và yêu cầu này sẽ không được xem xét cho tới khi CHMP nhận được đầy đủ thông tin.
- Nếu Mã Số ID Khách Hàng hoặc ngày sinh của quý vị bị thay đổi, quý vị sẽ cần phải hoàn tất một đơn khác ngay lúc đó.
- Nếu Khách Hàng/Người Tham Gia hoặc Nhóm thay đổi qua một loại bảo hiểm chăm sóc sức khỏe khác do CHMP cung cấp thì cần phải hoàn tất một đơn khác lúc đó.
- Mọi yêu cầu gửi thông tin tới địa chỉ thay thế sẽ bị bỏ qua. Tất cả thư từ của Khách Hàng/Người Tham Gia trong tương lai sẽ được gửi tới địa chỉ ghi ở trên.
- Quý vị có thể thay đổi hoặc thu hồi yêu cầu này bằng cách gửi yêu cầu bằng văn bản tới CHMP theo địa chỉ trên trang sau. Quý vị có thể nhận đơn Thay Đổi/Thu Hồi bằng cách gọi tới Dịch Vụ Khách Hàng của CHMP theo số trên thẻ ID CHMP của quý vị.

CHỮ KÝ

Đại Diện Cá Nhân được chỉ định theo lệnh của tòa án hoặc tài liệu pháp lý khác, *xin điền vào phần A.*

Đại Diện Cá Nhân được Khách Hàng/Người Tham Gia chỉ định, *xin hoàn tất phần B và/hoặc C.*

A. Đại Diện Cá Nhân được bổ nhiệm hợp pháp:

Tôi đã đọc và hiểu các thông tin nêu trên. Tôi xác nhận rằng bằng cách ký vào đơn này, tôi có thẩm quyền pháp lý để làm việc thay mặt cho Thành Viên/Người Tham Gia.

Chữ ký của Đại Diện Cá Nhân: _____ **Ngày:** _____

Để bảo vệ quyền riêng tư và bảo đảm rằng không ai khác ngoài người mà Khách Hàng/Người Tham Gia chỉ định nhận được Dịch Vụ Y Tế Tư Nhân

Lưu ý, yêu cầu này phải được nộp cùng với tài liệu pháp lý hỗ trợ thích hợp.

B. Đại Diện Cá Nhân do Khách Hàng/Người Tham Gia chỉ định

Để bảo vệ quyền riêng tư và bảo đảm rằng không ai khác ngoài người mà Khách Hàng/Người Tham Gia chỉ định nhận được Thông Tin Sức Khỏe Cá Nhân, đơn yêu cầu này phải có chữ ký của Khách Hàng/Người Tham Gia và được công chứng. (Dịch Vụ Công Chứng thường có thể được làm miễn phí tại nhà băng mà quý vị có trương mục). Tôi đã đọc và hiểu các thông tin nêu trên. Tôi xác nhận rằng bằng việc ký vào đơn này, tôi ủy nhiệm cho CHMP coi Đại Diện Cá Nhân của tôi như chính mình.

Chữ ký của Khách Hàng/Người Tham Gia/Cha Mẹ Người Giám Hộ (Dòng này dành cho Khách Hàng/Người Tham Gia ký, ủy nhiệm cho Đại Diện Cá Nhân.)

Ngày: _____

C. Chữ Ký Công Chứng Viên

Tiểu Bang)

Công chứng viên hoặc viên chức khác hoàn tất chứng nhận này chỉ xác minh danh tánh của cá nhân ký vào tài liệu đính kèm chung với chứng nhận này chứ không xác minh tính trung thực, chính xác hoặc tính hợp lệ của tài liệu đó.

Quận)

Vào ngày _____ tháng _____, năm 20_____, trước mặt tôi, (Công chứng viên), viên chức ký tên dưới đây, đích thân có mặt _____ (Khách Hàng/Người Tham Gia), được tôi biết (hoặc được chứng minh thỏa đáng) là người có tên được ghi danh và thừa nhận rằng ông (bà) ta thực hiện tương tự cho các mục đích ghi chép trong đó. Để làm chứng, tôi xin đặt bút ký.

Notary Public

My Commission Expires

Xin Gửi Đơn Hoàn Tất Tới Địa Chỉ:

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