

CHỈ ĐỊNH NGƯỜI ĐẠI DIỆN

Sử dụng mẫu đơn này để ủy quyền cho Blue Shield of California, Blue Shield of California Life & Health Insurance Company, và các công ty liên kết kinh doanh của họ (gọi chung là "Blue Shield") cho phép chỉ định người đại diện liên quan đến kháng nghị hoặc khiếu nại của quý vị. Tôi cho phép cá nhân này thực hiện bất kỳ yêu cầu nào; trình bày hoặc đưa ra bằng chứng; nhận thông tin kháng nghị; và nhận bất kỳ thông báo nào liên quan đến yêu cầu bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại hoặc yêu cầu của tôi hoàn toàn thay cho tôi. Tôi hiểu rằng thông tin y tế cá nhân liên quan đến yêu cầu của tôi có thể được tiết lộ cho người đại diện được chỉ định bên dưới.

1. Người chỉ định đại diện ("Thành viên")

Tên của Thành viên:

Địa chỉ của Thành viên:

ID Người đăng ký:

Ngày sinh:

2. Ai là người đại diện được chỉ định?

Tên của Người nhận:

Địa chỉ của Người nhận:

Quan hệ của Người nhận với Thành viên:

3. Mục đích của việc điền biểu mẫu này là gì? (Đánh dấu chọn một)

- Chỉ định người đại diện
 Hủy bỏ một chỉ định người đại diện hiện có

4. Hết hạn và thu hồi.

Chỉ định Người đại diện này sẽ có hiệu lực trong một năm kể từ ngày quý vị ký tên (bên dưới) trừ khi có ngày khác được chỉ định tại đây: ____/____/____

Quý vị có quyền thu hồi Chỉ định Người đại diện này bất kỳ lúc nào bằng cách thông báo bằng văn bản cho Blue Shield. *Việc thu hồi Chỉ định Người đại diện này sẽ không ảnh hưởng đến thông tin chúng tôi sử dụng hoặc tiết lộ trước khi chúng tôi nhận được yêu cầu thu hồi của quý vị.* Nếu Chỉ định Người đại diện này được cấp bởi phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp thay mặt cho trẻ vị thành niên, nó sẽ hết hiệu lực vào ngày sinh nhật 18 tuổi của trẻ vị thành niên.

5. Chữ ký của thành viên và người đại diện

Tôi đã đọc mẫu đơn này và tôi hiểu, đồng ý với các điều khoản. Tôi chỉ thị cho Blue Shield of California cho phép chỉ định người đại diện và sử dụng hoặc tiết lộ Thông tin cho người nhận được chỉ định ở trên. Điều này có thể bao gồm thông tin sức khỏe như lạm dụng chất kích thích, sức khỏe tâm thần, sức khỏe hành vi, xét nghiệm di truyền và tình trạng HIV/AIDS. Tôi hiểu rằng sau khi thông tin của tôi được tiết lộ, thông tin đó có thể được người nhận tái tiết lộ và không còn được bảo vệ bởi pháp luật quyền riêng tư, bao gồm Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (Đạo luật về Trách nhiệm Giải trình và Cung cấp Thông tin Bảo hiểm Y tế năm 1996) của liên bang.

Tôi hiểu rằng Blue Shield có thể sẽ không đưa ra điều kiện thanh toán, ghi danh trong chương trình bảo hiểm sức khỏe, hoặc tính đủ điều kiện cho các quyền lợi, cho dù tôi ký Chỉ định Người đại diện này hay không.

Chữ ký của Thành viên

Ngày

Tên của Thành viên (viết in hoa)

Bằng cách ký tên dưới đây, tôi đã đọc mẫu đơn này và chấp nhận chỉ định trên.

Chữ ký của Người đại diện

Ngày

Tên của Người đại diện (viết in hoa)

Người đại diện hoặc người giám hộ hợp pháp

Nếu mẫu đơn này do một người không phải Thành viên hoặc phụ huynh của trẻ vị thành niên ký, chẳng hạn như một người đại diện cá nhân/hợp pháp, người giám hộ hoặc người thực thi, quý vị cũng phải đệ trình hồ sơ pháp lý chứng minh thẩm quyền thay mặt cho Thành viên (hoặc người thừa kế của Thành viên) để chỉ định người đại diện. Tài liệu đó có thể bao gồm:

1. Giấy Ủy quyền Chăm sóc Sức khỏe dài hạn
2. Lệnh trao quyền giám hộ của Tòa án có hiệu lực hiện hành; hoặc
3. Tài liệu pháp lý hợp lệ chứng minh thẩm quyền thay mặt cho Thành viên (hoặc người thừa kế của Thành viên).

Tên của Người đại diện (viết in hoa):

Mối quan hệ với Thành viên:

Loại tài liệu đệ trình:

Giữ lại một bản sao của mẫu đơn Chỉ định Người đại diện để lưu hồ sơ của quý vị

Gửi lại mẫu đơn chỉ định người đại diện đã điền đầy đủ và có chữ ký

tới: 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。