



L.A. Care
HEALTH PLAN®

Վերադարձրեք ձևաթուղթը հետևյալ հասցեով՝

L.A. Care Health Plan
CSC – Authorized Rep Form
1200 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

ԼԻԱԶՈՐՎԱԾ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑԻՉ - ՉԵՂԱՐԿՄԱՆ ԶԵՎԱԹՈՒՂԹ

Այս ձևաթուղթը կարող է օգտագործվել նախկինում նշանակված Լիազորված ներկայացուցչի լիազորությունը չեղյալ համարելու (չեղարկելու) համար: Եթե որոշեք ներկայացնել այս ձևաթուղթն, այն պետք է լրացվի ամբողջությամբ և վերադարձվի L.A. Care-ին՝ այս ձևաթղթում նշված հասցեով:

Բաժին 1. Տեղեկություններ անդամի մասին

Անդամի անուն՝	Միջին անվան սկզբնատառ՝	Ազգանուն՝	
Փողոցի հասցե՝	Քաղաք՝	Նահանգ՝	Փոստային կոդ՝
Էլ-հասցե՝	Տնային հեռախոսահամար՝		Բջջային հեռախոսահամար՝
Անդամի ինքնության (ID) համար՝			Ծննդյան ամսաթիվ (ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ)՝

Բաժին 2՝ Հեռացվող Լիազորված ներկայացուցիչ

Ներկայացուցչի անուն՝	Միջին անվան սկզբնատառ՝	Ազգանուն՝	
Փողոցի հասցե՝	Քաղաք՝	Նահանգ՝	Փոստային կոդ՝
Էլ-հասցե՝	Տնային հեռախոսահամար՝		Բջջային հեռախոսահամար՝
Հարաբերությունը անդամին՝			Ծննդյան ամսաթիվ (ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ)՝

Դուք պետք է՝

- ուսումնասիրեք և լրացնեք ձևաթուղթը ստորագրելուց առաջ:
- տրամադրեք L.A. Care-ի կողմից պահանջվող ամբողջ տեղեկատվությունը:
- հասկանաք, որ այս չեղարկումը չի ազդի որևէ բացահայտման վրա, որն արդեն կատարվել է իմ նախօրոք լիազորման հիման վրա՝ մինչև այս չեղարկման հայտի ստացումը և մշակումը L.A. Care-ի կողմից:
- հասկանաք, որ իմ բուժման, վճարման, անդամագրման կամ նպաստներ ստանալու իրավասության վրա չի ազդում իմ կողմից սույն ձևաթուղթը ստորագրելը կամ չստորագրելը:

Ստորև ստորագրելով՝ ես չեղյալ եմ հայտարարում իմ պաշտպանված առողջական տեղեկությունների օգտագործման և բացահայտման լիազորությունն այս ձևաթղթում նշված ներկայացուցչին:

Այսօրվա ամսաթիվը

Հայցող անձի անունը՝ տպատառ

Հայցող անձի ստորագրություն

Հայցող անձի նույնականացման փաստաթղթերը կցված են (հետևյալ փաստաթղթերից մեկի պատճենը)՝

- ☐ ԱՄՆ վավեր վարորդական իրավունք ☐ Ավտոտրանսպորտի բաժնի (Department of Motor Vehicles, DMV) վավեր նույնականացման քարտ ☐ Ծննդյան վկայական
☐ Անձնագիր/նույնականացման (identification, ID) քարտ ☐ Պետության կողմից տրված ID քարտ՝ լուսանկարով
☐ Այլ՝ _____

Հայցող անձի օրինական լիազորությունն այս փոփոխությունը խնդրելու համար՝

- ☐ Ինքնուրույն ☐ Ծնող/խնամակալ ☐ Պահպանող ☐ Լիազորագիր ստացած անձ ☐ Այլ՝ _____
Նշում՝ եթե ինքնուրույն չեք անում, դուք պետք է կցեք իրավական փաստաթղթեր՝ հաստատելու համար, որ դուք ունեք այս փոփոխությունը պահանջելու իրավական լիազորություն:

Եթե ոչ մի նույնականացման փաստաթուղթ չի կցվում, ստորագրությունը պետք է նոտարի կողմից հաստատվի:

Խնդրում ենք դրոշմակնիք դնել այստեղ: Չի համարվում պաշտոնական փաստաթուղթ, եթե նոտարի կնիքը բացակայում է: *Նոտարական ծառայություններ L.A. Care-ի կողմից չեն տրամադրվում կամ ֆինանսավորվում, կարող են կիրառվել վճարներ*

Նոտարական վավերացված է կողմից

Ամսաթիվ (ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ)

Վերադարձրեք ձևաթուղթը հետևյալ հասցեով՝

L.A. Care Health Plan
CSC – Authorized Rep Form
1200 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

Անվճար \$ԱՔՄ՝ 1.844.657.7272 - Սա պաշտպանված ֆաքսի համար է: Դուք կարող եք ներառել տիտղոսաթերթ «Գաղտնի» նշմամբ:

Խնդրում ենք զգուշություն ցուցաբերել ֆաքսով Պաշտպանված առողջական տեղեկություն (PHI) ուղարկելիս:

Սույն ձևաթղթի օրինակը ներբեռնելու համար այցելեք **lacare.org** կայքը: Սույն ձևաթղթի կամ սույն ձևաթուղթը ներկայացնելու հետ կապված հարցերի դեպքում

խնդրում ենք կապ հաստատել Անդամների սպասարկման բաժնի հետ **1.888.839.9909** հեռախոսահամարով (TTY 711): Մենք հասանելի ենք օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Այս զանգն անվճար է:

Դուք կարող եք անվճար ստանալ այս ձևաթուղթն արաբերեն, հայերեն, չինարեն, պարսկերեն, քմերերեն, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն, տազալոգ, վիետնամերեն կամ այլ ձևաչափերով, ինչպիսիք են՝ խոշոռ տառերով, բրայլով կամ ձայնագրությամբ: Զանգահարեք **1.833.522.3767** հեռախոսահամարով: TTY/TDD-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **711** հեռախոսահամարով: Մենք աշխատում ենք օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: