

نماینده مجاز – فرم لغو مجوز

می‌توان از این فرم برای لغو مجوز (حذف) «نماینده مجاز» منتصب قبلی استفاده کرد. اگر مایل به ارسال این فرم هستید، باید آن را کامل تکمیل کرده و به آدرس مندرج در فرم به L.A. Care بازگردانید.

بخش 1: اطلاعات عضو			
نام کوچک عضو:		حرف نخست نام میانی:	نام خانوادگی:
آدرس خیابان:	شهر:	ایالت:	زیپ‌کد:
ایمیل:	شماره تلفن خانه:	شماره تلفن همراه:	
شماره شناسه عضو:		تاریخ تولد (سال/روز/ماه):	
بخش 2: نماینده مجاز مورد نظر برای حذف			
نام کوچک نماینده:		حرف نخست نام میانی:	نام خانوادگی:
آدرس خیابان:	شهر:	ایالت:	زیپ‌کد:
ایمیل:	شماره تلفن خانه:	شماره تلفن همراه:	
نسبت با عضو:		تاریخ تولد (سال/روز/ماه):	

شما باید:

- پیش از امضا، فرم را مرور کرده و تکمیل نمایید.
- کلیه اطلاعات مورد نیاز L.A. Care را ارائه کنید.
- مطلع باشید که لغو مجوز بر هرگونه اطلاعاتی که تاکنون بر اساس مجوز قبلی من پیش از دریافت و پردازش درخواست لغو توسط L.A. Care صورت گرفته است تأثیری نخواهد داشت.
- مطلع باشید که درمان، پرداخت، ثبت‌نام یا واجد شرایط بودن شما برای مزایا تحت تأثیر امضا یا عدم امضای این فرم قرار نمی‌گیرد.
- با امضای زیر، اجازه قبلی خود را برای استفاده و افشای اطلاعات بهداشتی محافظت شده‌ام به نماینده مشخص شده در این فرم لغو می‌کنم.

مدارک شناسایی درخواست‌کننده پیوست شده است (فتوکپی یکی از موارد زیر):

- ☐ گواهینامه رانندگی معتبر ایالات متحده ☐ کارت شناسایی DMV معتبر ☐ گواهی تولد ☐ پاسپورت/کارت شناسایی ☐ کارت شناسایی عکس‌دار دولتی ☐ سایر: _____

صلاحیت قانونی درخواست‌کننده برای درخواست این تغییر:

- ☐ خود ☐ ولی/سرپرست قانونی ☐ قیم ☐ وکالتنامه ☐ سایر: _____
توجه: به غیر از خود، لازم است مدارک قانونی برای تأیید صلاحیت شما در درخواست این تغییر ضمیمه شود.

در صورت عدم پیوست اسناد شناسایی، امضا باید توسط دفتر اسناد رسمی تأیید شود.

لطفاً مهر را در اینجا قرار دهید. بدون مهر دفتر اسناد رسمی، رسمیت ندارد.
خدمات دفاتر اسناد ارائه نمی‌شوند یا هزینه آن تحت پوشش L.A. Care قرار نمی‌گیرد؛ ممکن است هزینه‌ای اعمال شود

تاریخ (سال/روز/ماه)

تأییدکننده در دفتر اسناد رسمی

فرم را به آدرس زیر بازگردانید:

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

فکس رایگان: 1.844.657.7272 - این شماره فکس مطمئن است. شما می‌توانید یک برگه کاور با عنوان «محرمانه» را بر آن درج کنید.
لطفاً هنگام فکس کردن اطلاعات سلامت محافظت‌شده (PHI) احتیاط کنید.

برای دانلود یک نسخه از این فرم، لطفاً به سایت **lacare.org** مراجعه کنید. برای مطرح کردن سؤالات خود در مورد این فرم یا نحوه ارسال این فرم، لطفاً از طریق شماره‌های **1.888.839.9909** (TTY 711) با خدمات اعضا (Member Services) تماس بگیرید. ما به صورت 24 ساعته در 7 روز هفته فعال هستیم. تماس با این شماره رایگان است.

این فرم را می‌توانید به صورت رایگان به زبان‌های عربی، ارمنی، چینی، فارسی، خمری، کره‌ای، روسی، اسپانیایی، ویتنامی یا قالب‌های دیگر مانند چاپ درشت، خط بریل یا فایل صوتی دریافت کنید. با شماره **1.833.522.3767** تماس بگیرید. کاربران TTY/TDD باید با شماره 711 تماس بگیرند. ما 7 روز هفته، به صورت 24 ساعته باز هستیم. این تماس رایگان است.