



ទម្រង់បែបបទអ្នកតំណាងដែលបានអនុញ្ញាត

ទម្រង់បែបបទនេះអាចនឹងប្រើប្រាស់ដើម្បីដកហូត (លុបចោល) អ្នកតំណាងមានការអនុញ្ញាតដែលបានតែងតាំងពីមុន។ ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចដាក់ជូនទម្រង់បែបបទនេះ ត្រូវតែបំពេញទម្រង់បែបបទនេះឱ្យបានពេញលេញ ហើយប្រគល់ទៅឱ្យ L.A. Care នៅអាសយដ្ឋានដែលមានរៀបរាប់ក្នុងទម្រង់បែបបទនេះ។

ផ្នែកទី 1: ព័ត៌មានសមាជិក			
នាមខ្លួនរបស់សមាជិក៖	ឈ្មោះកណ្តាលអក្សរកាត់៖	នាមត្រកូល៖	
អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖	ទីក្រុង៖	រដ្ឋ៖	ហ្សឺបកូដ៖
អ៊ីម៉ែល៖	លេខទូរសព្ទនៅផ្ទះ៖	លេខទូរសព្ទចល័ត៖	
លេខសម្គាល់សមាជិក៖		ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ)៖	
ផ្នែកទី 2៖ អ្នកតំណាងមានការអនុញ្ញាតដែលត្រូវលុបចេញ			
នាមខ្លួនអ្នកតំណាង៖	ឈ្មោះកណ្តាលអក្សរកាត់៖	នាមត្រកូល៖	
អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖	ទីក្រុង៖	រដ្ឋ៖	ហ្សឺបកូដ៖
អ៊ីម៉ែល៖	លេខទូរសព្ទនៅផ្ទះ៖	លេខទូរសព្ទចល័ត៖	
ត្រូវជាអ្វីជាមួយសមាជិក៖		ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ)៖	

អ្នកត្រូវតែ៖

- ពិនិត្យឡើងវិញ និងបំពេញទម្រង់បែបបទនេះមុនពេលចុះហត្ថលេខា។
- បានផ្តល់នូវព័ត៌មានទាំងអស់ដែល L.A. Care តម្រូវឱ្យផ្តល់ជូន។
- យល់ថាការដកហូតនេះនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់ការបញ្ចេញព័ត៌មានណាមួយដែលបានធ្វើឡើងរួចហើយផ្អែកតាមការអនុញ្ញាតជាមុនរបស់ខ្ញុំ មុនពេលសំណើសុំដកហូតត្រូវបានទទួល និងដំណើរការដោយ L.A. Care។
- ខ្ញុំយល់ថា ការព្យាបាល ការទូទាត់ ការចុះឈ្មោះ ឬសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ផ្សេងៗរបស់ខ្ញុំ មិនត្រូវបានប៉ះពាល់ឡើយ ទោះជាខ្ញុំចុះហត្ថលេខា ឬមិនចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះក៏ដោយ។

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាក្រោមនេះ ខ្ញុំសូមដកហូតការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ និងការបញ្ចេញព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំដែលបានការពារ ដល់អ្នកតំណាងដែលបានបញ្ជាក់នៅលើទម្រង់បែបបទនេះ។

កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ៖

ឈ្មោះជាអក្សរពុម្ពរបស់អ្នកស្នើសុំ

ហត្ថលេខាអ្នកស្នើសុំ

ឯកសារអត្តសញ្ញាណរបស់អ្នកស្នើសុំដែលភ្ជាប់មកជាមួយ (សំណៅចម្លងមួយច្បាប់នៃឯកសារខាងក្រោម)៖

- ☐ បណ្ណបើកបរសហរដ្ឋអាមេរិកដែលមានសុពលភាព ☐ លិខិតបញ្ជាក់អត្តសញ្ញាណពីនាយកដ្ឋានយានយន្ត (Department of Motor Vehicles, DMV) ដែលមានសុពលភាព ☐ សំបុត្រកំណើត
- ☐ លិខិតឆ្លងដែន/អត្តសញ្ញាណបណ្ណ ☐ អត្តសញ្ញាណបណ្ណមានបិទបិទដែលចេញដោយរដ្ឋាភិបាល ☐ ផ្សេងៗ៖ _____

សិទ្ធិស្របច្បាប់របស់អ្នកស្នើសុំក្នុងការស្នើសុំការផ្លាស់ប្តូរនេះ៖

- ☐ ខ្លួនឯង ☐ ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល ☐ អ្នកមើលថែទាំ ☐ ការប្រគល់សិទ្ធិ ☐ ផ្សេងៗ៖ _____
- ចំណាំ៖** ក្រៅពីខ្លួនឯងផ្ទាល់ អ្នកត្រូវតែភ្ជាប់សំណុំឯកសារផ្លូវច្បាប់ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ថាអ្នកមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ក្នុងការស្នើសុំការផ្លាស់ប្តូរនេះ។

ប្រសិនបើមិនមានឯកសារអត្តសញ្ញាណភ្ជាប់មកជាមួយទេ ត្រូវតែមានការបញ្ជាក់លើហត្ថលេខា។

សូមបោះត្រានៅក្នុងនេះ។ ពុំទាន់ក្លាយជាផ្លូវការផ្លូវការទេ លើកលែងតែមានបោះត្រាបញ្ជាក់ពីសាក្សីសាធារណៈ។
សេវាសាក្សីមិនត្រូវបានផ្តល់ជូន ឬរ៉ាប់រងដោយ L.A. Care ឡើយ អាចនឹងមានគិតថ្លៃសេវា

_____ បញ្ជាក់ដោយ _____ កាលបរិច្ឆេទ (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ)

បញ្ជូនទម្រង់បែបបទទៅ៖

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

លេខទូរស័ព្ទឥតគិតថ្លៃ៖ 1.844.657.7272 - នេះគឺជាលេខទូរស័ព្ទដែលមានសុវត្ថិភាព។ អ្នកអាចដាក់ក្នុងគម្របស្រោមសំបុត្រដែលមានសរសេរសម្គាល់ថា “Confidential” (ការសម្ងាត់)។ សូមប្រុងប្រយ័ត្ននៅពេលផ្ញើទូរស័ព្ទព័ត៌មានសុខភាពដែលត្រូវបានការពារ (Protected Health Information, PHI)។

ដើម្បីទាញយកសំណៅចម្លងទម្រង់បែបបទនេះ សូមចូលទៅគេហទំព័រ lacare.org ។ សម្រាប់ចម្ងល់នានាដែលទាក់ទងនឹងទម្រង់បែបបទនេះ ឬអំពីរបៀបដាក់ជូនទម្រង់បែបបទនេះ សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ 1.888.839.9909 (TTY 711)។ យើងអាចទំនាក់ទំនងបាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

អ្នកអាចទទួលបានទម្រង់បែបបទនេះដោយឥតគិតថ្លៃជាភាសាអង់គ្លេស អ៊ីសប៉ាណូល អ៊ីតាលី ចិន ហ្វីលីពីន ខ្មែរ កូរ៉េ រុស្ស៊ី អេស៉្បាញ តាហ្គាឡុក វៀតណាម ឬទម្រង់ផ្សេងទៀត ដូចជាអក្សរពុម្ពធំៗ អក្សរសម្រាប់ជនពិការ ឬជាសំឡេង។ សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ **1.833.522.3767**។ អ្នកប្រើ TTY/TDD គួរតែហៅទៅលេខ **711**។ យើងបើកដំណើរការ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។