



승인된 대리인 – 해지 양식

이 양식은 이전에 지정한 공식 대리인을 해지(철회)하는 데 사용할 수 있습니다. 이 양식을 제출하기로 선택한 경우, 모든 항목을 빠짐없이 작성한 후 이 양식에 기재된 주소로 L.A. Care에 반송해야 합니다.

섹션 1: 가입자 정보			
가입자 이름:	중간 이름 이니셜:	성:	
거리 주소:	시:	주:	우편번호:
이메일:	집 전화번호:	휴대전화 번호:	
가입자 ID 번호:		생년월일(월/일/연도):	
섹션 2: 철회할 승인된 대리인			
대리인 이름:	중간 이름 이니셜:	성:	
거리 주소:	시:	주:	우편번호:
이메일:	집 전화번호:	휴대전화 번호:	
가입자와의 관계:		생년월일(월/일/연도):	

귀하는:

- 양식을 검토하고 작성한 뒤 서명해야 합니다.
- L.A. Care에서 요구하는 모든 정보를 제공해야 합니다.
- 이 해지가 해당 요청이 L.A. Care에 접수되어 처리되기 전에, 본인의 동의를 바탕으로 이미 공개된 정보에는 영향을 미치지 않는다는 점을 이해합니다.
- 이 양식에 서명을 하는지 여부가 본인의 치료, 지불, 가입, 또는 급여 자격에 영향을 미치지 않는다는 점을 이해합니다.

아래에 서명함으로써, 본인은 이 양식에 명시된 대리인에게 본인의 비공개 건강 정보에 대한 사용 및 공개를 허용했던 동의를 해지합니다.

오늘 날짜

요청자의 정자체 이름

요청자 서명

요청자 신원을 확인할 수 있는 문서 첨부(다음 중 하나의 사본):

☐ 유효한 미국 운전 면허증 ☐ 유효한 DMV ID 카드 ☐ 출생 증명서

☐ 여권/ID 카드 ☐ 정부 발행 사진 ID 카드 ☐ 기타: _____

이 변경을 요청할 수 있는 요청자의 법적 권한:

☐ 본인 ☐ 부모/법정 후견인 ☐ 후견인 ☐ 위임장 보유자 ☐ 기타: _____

참고: 본인을 제외하고, 귀하는 이 변경을 요청할 법적 권한이 있음을 증명하는 법적 문서를 반드시 첨부해야 합니다.

신분증이 첨부되지 않는 경우, 서명을 공증해야 합니다.

여기에 도장을 찍어주십시오. 공증인의 도장이 있어야만 공식 문서로 인정됩니다.

공증 서비스는 L.A. Care에서 제공하거나 보장하지 않으며, 수수료가 발생할 수 있습니다

공증인

_____/_____/_____
날짜(월/일/연도)

양식 보낼 주소:

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

무료 팩스: 1.844.657.7272 - 이 번호는 보안 팩스 번호입니다. "기밀 보장"이라고 표시한 표지를 첨부하실 수 있습니다.
비공개 건강 정보(Protected Health Information, PHI)를 팩스로 보낼 때는 주의하시기 바랍니다.

본 양식의 사본을 다운로드하려면 **lacare.org**를 방문하십시오. 본 양식 또는 양식을 제출하는 방법에 관한 질문은 가입자 서비스부에
1.888.839.9909(TTY 711)번으로 문의하시기 바랍니다. 이 전화는 하루 24시간 주 7일 운영합니다. 통화는 무료입니다.

아랍어, 아르메니아어, 중국어, 페르시아어, 크메르어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어, 베트남어로 작성되거나 대형 활자 인쇄
본, 점자, 오디오 등의 기타 양식으로 작성된 양식을 무료로 받을 수 있습니다. **1.833.522.3767번으로 전화하십시오.** TTY/TDD 사용
자는 **711**번으로 연락하셔야 합니다. 이 전화는 하루 24시간, 주 7일 운영합니다. 통화료는 무료입니다.