

Maaari kang pumili ng isang tao para maging kinatawan mo upang makipag-ugnayan sa Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) sa ngalan mo. Maaaring kumilos para sa iyo ang personal mong kinatawan sa karamihan sa mga bagay na tungkol sa pangangalagang pangkalusugan, at maaaring gamitin, tanggapin, isiwalat ang iyong Protektadong Impormasyon sa Kalusugan.

Kung mayroon kang anumang mga tanong, pakitawagan ang Member Services (Mga Serbisyo para sa Miyembro) sa **1-800-260-2055**. Ang mga gumagamit ng TTY/TDD ay dapat tumawag sa **1-800-735-2929**. Pakisauli ang nasagutang form sa **Attn: Customer Service, Santa Clara Family Health Plan, PO Box 18880, San Jose, CA 95158**, o i-fax ito sa **1-408-874-1965**.

Seksyon 1 – Pagtatalaga ng Kinatawan

Sasagutan ng Miyembro o magulang/tagapag-alaga ng Menor de Edad.

Pangalan ng Miyembro: _____
ID ng Miyembro: _____ Petsa ng Kapanganakan: _____
Numero ng Telepono: _____
Address: _____
Pangalan ng magulang/tagapag-alaga ng Menor de Edad: _____
Lagda ng Miyembro o magulang/tagapag-alaga ng Menor de Edad: _____
Petsa: _____

Seksyon 2 – Awtorisadong Paggamit at/o Pagsisiwalat

Lagyan ng tsek ang bawat kahon upang kilalanin na nabasa mo ang bawat kondisyon.

- Pinapahintulutan ko ang kinatawan para gumawa ng anumang kahilingan, maghain at kumuha ng impormasyon ng mga apela at karaingan, tumanggap ng anumang abiso hinggil sa aking apela o mga serbisyong pangangalagang pangkalusugan, nang buo sa ngalan ko.
- Pinatutunayan ko na boluntaryo ang aking pahintulot. Nauunawaan ko na maaari kong bawiin ang pagtatalaga na ito anumang oras sa pamamagitan ng pagbibigay ng nakasulat na abiso sa SCFHP Member Services, PO Box 18880, San Jose, CA 95158.
- Ang pagtatalaga ng kinatawan na ito ay mawawalan ng bisa sa (ipasok ang Buwan/Araw/Taon) _____ (Kung walang ibinigay na petsa ng pagkawala ng bisa, iiral ang pagtatalaga na ito hanggang sa bawiin sa kasulatan).**
- Pinahihintulutan ko ang SCFHP na ilabas ang alinman sa aking mga Personal na Impormasyong Pangkalusugan at/o Kumikilalang Impormasyong Pangkalusugan sa aking itinalagang kinatawan upang makakilos siya sa ngalan ko at/o sa ngalan ng anak ko.
- O**
- Limitado ang pahintulot na ito sa: _____

Ipinagpapatuloy ang form na ito sa susunod na pahina.

Seksyon 3 – Pagtanggap sa Pagtatalaga

Sasagutan ng (mga) kinatawan.

Sa pamamagitan nito, tinatanggap Ko (Namin) ang pagtatalaga na nasa itaas.

Pangalan ng Awtorisadong Kinatawan bilang 1: _____

Pangalan ng Organisasyon (kung naaangkop): _____

Relasyon/Propesyonal na Katayuan: _____

Numero ng Telepono: _____

Address: _____

Lagda ng Awtorisadong Kinatawan bilang 1: _____

Petsa: _____

Pangalan ng Awtorisadong Kinatawan bilang 2: _____

Pangalan ng Organisasyon (kung naaangkop): _____

Relasyon/Propesyonal na Katayuan: _____

Numero ng Telepono: _____

Address: _____

Lagda ng Awtorisadong Kinatawan bilang 2: _____

Petsa: _____