

您可以选择委托某人作为您的代理人，代表您与 Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) 进行沟通。您的个人代表可以代表您处理大多数的医疗保健事宜，并可以使用、接收、披露您受保护的健康信息。

如有任何疑问，请致电会员服务部，电话 **1-800-260-2055**。语障和听障用户请致电 **1-800-735-2929**。请将填写完的表格寄回 **Attn: Customer Service, Santa Clara Family Health Plan, PO Box 18880, San Jose, CA 95158**，或发传真至 **1-408-874-1965**。

第 1 部分 – 代理人委托

由会员或未成年人的父母/监护人填写。

会员姓名： _____
会员 ID： _____ 出生日期： _____
电话号码： _____
地址： _____
未成年人父母/监护人姓名： _____
会员或未成年人父母/监护人签名： _____
日期： _____

第 2 部分 – 授权使用和/或披露的内容

请勾选每个框，以确认您已阅读所有条件。

- 我指定以下人员作为我和/或我的未成年子女（上方提到的 SCFHP 会员）的代理人。我授权此人代表我提出任何请求，提交和获取申诉信息，接收与我的申诉或医疗保健服务相关的任何通知。
- 我确认，我的授权是出于自愿。我了解，我可以随时向 SCFHP Member Services, PO Box 18880, San Jose, CA 95158 寄送书面通知以撤销此授权。
- 此代理人的指定将于（输入月/日/年）到期 _____
（如果未提供到期日期，在以书面通知撤销授权以前，此授权将一直有效。）
- 我授权 SCFHP 将我的任何个人健康信息和/或可识别个人身份的健康信息披露给我指定的代理人，以便她或他能够代表我和/或我的子女行事。
- 或
- 此授权书限于： _____

这表格在下一页继续。

第 3 部分 – 接受委托

由代理人填写。

我（我们）特此接受上述委托。

第一授权代理人姓名：_____

组织名称（如适用）：_____

关系/专业身份：_____

电话号码：_____

地址：_____

第一授权代理人签名：_____

日期：_____

第二授权代理人姓名：_____

组织名称（如适用）：_____

关系/专业身份：_____

电话号码：_____

地址：_____

第二授权代理人签名：_____

日期：_____