

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 **711**. 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: \_\_\_\_\_

**INTERNAL USE ONLY**

Received by (Print name): \_\_\_\_\_ Extension: \_\_\_\_\_

Date/time received: \_\_\_\_\_