

Quý vị có thể chọn một người làm đại diện cho mình để thay mặt quý vị liên lạc với Santa Clara Family Health Plan (SCFHP). Đại diện riêng của quý vị có thể hành động thay cho quý vị trong đa số các vấn đề chăm sóc sức khỏe, và có thể dùng, nhận, tiết lộ Thông Tin Sức Khỏe được Bảo Vệ của quý vị.

Nếu quý vị có bất cứ câu hỏi nào, xin gọi Dịch Vụ Hội Viên tại số **1-800-260-2055**. Những người sử dụng TTY/TDD gọi số **711**. Xin gửi lại mẫu đã điền cho **Attn: Customer Service, Santa Clara Family Health Plan, PO Box 18880, San Jos, CA 95158**, hoặc fax đến số **1-408-874-1965**.

Phần 1 – Chỉ Định Người Đại Diện

Sẽ được điền vào bởi Hội Viên hoặc cha mẹ/người giám hộ của trẻ vị thành niên

Tên của Hội Viên: _____
ID Hội Viên: _____ Ngày Sinh: _____
Số Điện Thoại: _____
Địa Chỉ: _____
Tên của cha mẹ/người giám hộ của trẻ vị thành niên: _____
Chữ ký của Hội Viên hoặc cha mẹ/người giám hộ của trẻ vị thành niên: _____ Ngày: _____

Phần 2 – Sử Dụng và/hoặc Tiết Lộ Được Phép

Đánh dấu vào mỗi ô để xác nhận là quý vị đã đọc mỗi điều kiện.

<input type="checkbox"/> Tôi ủy quyền cho người đại diện, được toàn quyền thay mặt tôi, thực hiện mọi yêu cầu, nộp đơn và nhận thông tin kháng cáo và khiếu nại, nhận mọi thông báo liên quan đến (các) kháng cáo hoặc (các) dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi.
<input type="checkbox"/> Tôi xác nhận sự ủy quyền của tôi là tự nguyện. Tôi hiểu rằng mình có thể rút lại sự chỉ định này vào bất cứ lúc nào bằng cách gửi một bản thông báo cho SCFHP Member Services, PO Box 18880, San Jose, CA 95158.
<input type="checkbox"/> Sự chỉ định người đại diện này hết hạn vào (ghi vào Tháng/Ngày/Năm) _____ (Nếu không có ngày hết hạn, sự chỉ định này sẽ có hiệu lực cho đến khi được rút lại trên văn bản).
<input type="checkbox"/> Tôi cho phép SCFHP được tiết lộ bất cứ Thông Tin Sức Khỏe Cá Nhân nào của tôi và/hoặc Thông Tin Sức Khỏe Có Thể Nhận Dạng tho đại diện được chỉ định của tôi để người này hành động thay mặt cho tôi và/hoặc con của tôi.
Hoặc
<input type="checkbox"/> Ủy quyền này được giới hạn trong: _____

Xin xem tiếp mẫu này ở trang tiếp theo.

Phần 3 – Chấp Nhận Sự Chỉ Định

Phải được điền vào bởi (các) đại diện.

Tôi (Chúng tôi) chấp nhận sự chỉ định nêu trên.

Tên của Đại Diện Được Ủy Quyền #1: _____

Tên của Tổ Chức (nếu áp dụng): _____

Quan Hệ/Tình Trạng Chuyên Môn: _____

Số Điện Thoại: _____

Địa Chỉ: _____

Chữ Ký của Đại Diện Được Ủy Quyền #1: _____

Ngày: _____

Tên của Đại Diện Được Ủy Quyền #2: _____

Tên của Tổ Chức (nếu áp dụng): _____

Quan Hệ/Tình Trạng Chuyên Môn: _____

Số Điện Thoại: _____

Địa Chỉ: _____

Chữ Ký của Đại Diện Được Ủy Quyền #2: _____

Ngày: _____

INTERNAL USE ONLY

Received by (Print name): _____ Extension: _____

Date/time received: _____