

ការតែងតាំងអ្នកតំណាង

ប្រើទម្រង់បំពេញនេះ ដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យ Blue Shield of California Promise Health Plan ដើម្បីអនុញ្ញាត នូវការតែងតាំងអ្នកតំណាង ទាក់ទងជាមួយ ឧទ្ធរណ៍ ឬសារទុក្ខរបស់អ្នក។ ខ្ញុំអនុញ្ញាតបុគ្គលនេះ ដើម្បីធ្វើសំណើអ្វីមួយ; ដើម្បីបង្ហាញ ឬដើម្បីដកស្រង់ភស្តុតាង; ដើម្បី ទទួលព័ត៌មានឧទ្ធរណ៍; និងដើម្បីទទួលសេចក្តីជូនដំណឹង ទាក់ទងជាមួយបណ្តឹងទាមទារ, ឧទ្ធរណ៍, សារទុក្ខ ឬសំណើរបស់ខ្ញុំ ជំនួសខ្ញុំជា ទាំងស្រុង។ ខ្ញុំយល់ថាព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន ទាក់ទងនឹងឧទ្ធរណ៍របស់ខ្ញុំ អាចនឹងបានបើកសំដែង ទៅឱ្យអ្នកតំណាងដែលបានបញ្ជាក់ ខាងក្រោម។

1. មនុស្សដែលតែងតាំងអ្នកតំណាង (“សមាជិក”)។

ឈ្មោះសមាជិក៖

អាសយដ្ឋានសមាជិក៖

លេខ ID អ្នកជាវ៖

ខែថ្ងៃឆ្នាំកើត៖

2. តើអ្នកណាជាអ្នកតំណាងបានតែងតាំង?

ឈ្មោះរបស់អ្នកទទួល៖

អាសយដ្ឋានរបស់អ្នកទទួល៖

ទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកទទួល ជាមួយសមាជិក៖

3. តើការបំពេញទម្រង់បំពេញនេះ សំរាប់គោលបំណងអ្វី? (តុល្យមួយ)

☐ តែងតាំងអ្នកតំណាង

☐ ដកហូតការតែងតាំងអ្នកតំណាងមានស្រាប់

4. ការផុតកំណត់ និងការដកហូត។

ការតែងតាំងអ្នកតំណាងនេះ នឹងនៅមានប្រសិទ្ធភាពជាដដែល ចំនួនមួយឆ្នាំ ចាប់តាំងពីកាលបរិច្ឆេទ អ្នកបានចុះហត្ថលេខា (ខាងក្រោម) លុះត្រាតែកាលបរិច្ឆេទខុសគ្នា បានបញ្ជាក់នៅទីនេះ៖ _____/_____/_____

អ្នកមានសិទ្ធិដកហូត ការតែងតាំងអ្នកតំណាងនេះ នៅពេលណាមួយ ដោយជំរាបដំណឹង Blue Shield Promise Health Plan ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ ការដកហូត នូវការតែងតាំងអ្នកតំណាងនេះ នឹងមិនប៉ះពាល់ដល់ព័ត៌មាន ដែលយើងប្រើ ឬបើកសំដែង នៅមុន ពេលយើងទទួលសំណើរបស់អ្នក ដើម្បីដកហូតឡើយ។

បើសិនការតែងតាំងអ្នកតំណាងនេះ បានឲ្យដោយមាតាបិតា ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ ក្នុងនាមនៃអនីតិជន វានឹងផុតកំណត់ នៅខ្ទប់កំណើតទីដប់ប្រាំបី របស់អនីតិជន។

5. ហត្ថលេខានៃសមាជិក និងអ្នកតំណាង

ខ្ញុំបានអានទម្រង់បំពេញនេះ និងបានយល់ដឹង ហើយក៏យល់ព្រមចំពោះលក្ខខណ្ឌរបស់វា។ ខ្ញុំបង្គាប់ Blue Shield Promise Health Plan ដើម្បីអនុញ្ញាត នូវការតែងតាំងអ្នកតំណាង និងប្រើ ឬបើកសំដែង ព័ត៌មានទៅអ្នកទទួល ដែលបានកត់សំគាល់ ដូចបានបង្ហាត់ខាងលើ។ នេះអាចនឹងរួមមាន ព័ត៌មានសុខភាព ដូចជា ការរំលោភគ្រឿងញៀន, សុខភាពផ្លូវចិត្ត, សុខភាពភរិយាបថ, ការធ្វើតេស្តជេសស្តាន, និង ស្ថានភាពជំងឺ HIV/AIDS។ ខ្ញុំយល់ថា កាលណាព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំ ត្រូវបានបើកសំដែងហើយ វាអាចនឹងបានបើកសំដែងសាច់ ដោយអ្នកទទួល ហើយអាចនឹងលែងបានការការពារ ដោយច្បាប់ភាពឯកជនទៀតហើយ រួមទាំង ក្រឹត្យការធានារ៉ាប់រងសុខភាពចល័ត និងការទទួលបានការ: នៃឆ្នាំ 1996 របស់សហព័ន្ធផង។

ខ្ញុំយល់ថា Blue Shield Promise Health Plan មិនអាចនឹងមានលក្ខខណ្ឌលើការបង់ប្រាក់, ការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងសុខភាព, ឬសិទ្ធិ ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ឡើយ ទោះបីខ្ញុំចុះ ឬចុះមិនហត្ថលេខា នូវការតែងតាំងអ្នកតំណាងនេះ។

ហត្ថលេខាសមាជិក

កាលបរិច្ឆេទ

ឈ្មោះរបស់សមាជិក (អក្សរពុម្ព)

តាមការចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម ខ្ញុំបានអានទម្រង់បំពេញនេះ និងព្រមទទួលយកការតែងតាំងខាងលើ តាមរយៈនេះ។

ហត្ថលេខាអ្នកតំណាង

កាលបរិច្ឆេទ

ឈ្មោះរបស់អ្នកតំណាង (អក្សរពុម្ព)

អ្នកតំណាងស្របច្បាប់ ឬអាណាព្យាបាល

បើសិនទម្រង់បំពេញនេះ បានចុះហត្ថលេខាដោយជនណាម្នាក់ផ្សេងទៀត ក្រៅពីសមាជិក ឬមាតាបិតានៃអនីតិជន ដូចជា អ្នកតំណាងផ្ទាល់ខ្លួន/ ស្របច្បាប់, អាណាព្យាបាល, ឬអ្នកប្រតិបត្តិ អ្នកក៏ត្រូវតែបញ្ជូនឯកសារស្របច្បាប់ មកដែរ ដែលបង្ហាញអាជ្ញាប័ណ្ណរបស់អ្នក ដើម្បីធ្វើការតាងនាមនៃ សមាជិក (អ្នកទទួលបានមរតករបស់សមាជិក) ដើម្បីតែងតាំងអ្នកតំណាង។ ឯកសារបែបនោះ អាចនឹងរួមមាន ជាឧទាហរណ៍៖ 1) អាជ្ញាធរនៃមេធាវី ថែទាំសុខភាពបិតថែរ; 2) ឯកសារបទបញ្ជាតុលាការ នៃភាពអាណាព្យាបាល, មានសុពលភាពបច្ចុប្បន្ន; ឬ 3) ឯកសារស្របច្បាប់ផ្សេងទៀត មានសុពលភាព ដែលបង្ហាញអាជ្ញាធររបស់អ្នក ដើម្បីធ្វើការតាងនាមនៃសមាជិក (ឬអ្នកទទួលបានមរតករបស់សមាជិក)។

ឈ្មោះរបស់អ្នកតំណាង (អក្សរពុម្ព)៖

ទំនាក់ទំនង ជាមួយសមាជិក៖

ប្រភេទនៃឯកសារ បានបញ្ជូន៖

រក្សាទុកសំណៅ នៃការតែងតាំងអ្នកតំណាងនេះ សំរាប់ជាកំណត់ត្រារបស់អ្នក

ធ្វើទំងន់បំពេញ ការតែងតាំងអ្នកតំណាង ដែលបានបំពេញចប់ និងបានចុះហត្ថលេខា ត្រឡប់ទៅ៖

Blue Shield of California Promise Health Plan Privacy Office

P.O. Box 272540

Chico, CA 95927-2540

Blue Shield of California Promise Health Plan complies with applicable state laws and federal civil rights laws, and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, or disability.

Blue Shield of California Promise Health Plan cumple con las leyes estatales y las leyes federales de derechos civiles vigentes, y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad.

Blue Shield of California Health Plan 遵守適用的州法律和聯邦公民權利法律，並且不以種族、膚色、原國籍、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性傾向、年齡或殘障為由而進行歧視。