



انتصاب نماینده

از این فرم برای اجازه دادن به شرکت بیمه Blue Shield of California, Blue Shield of California Life & Health Insurance و همکاران تجاری آن (مجموعاً "Blue Shield") تا نماینده منتصب در رابطه با درخواست تجدیدنظر یا اعلام نارضایتی از طرف شما را مجاز بداند، استفاده کنید. من به این شخص اجازه می دهم تا هرگونه درخواستی را ارائه کند؛ مدرکی را ارائه یا فراخوان کند؛ اطلاعات استیناف را کسب کند؛ و هرگونه اطلاعاتی مربوط به ادعا، استیناف، نارضایتی یا درخواست من را به طور کامل به جای من دریافت نماید. من می دانم که اطلاعات پزشکی شخصی مربوط به درخواست من ممکن است به نماینده ای که در زیر ذکر می شود واگذار شود.

1. شخصی که نماینده را منصوب می کند ("عضو").

نام عضو:

نشانی عضو:

شماره اشتراک:

تاریخ تولد:

2. نماینده منصوب شده کیست؟

نام دریافت کننده:

آدرس دریافت کننده:

وابستگی دریافت کننده به عضو:

3. هدف از پر کردن این فرم چیست؟ (یک مورد را علامت بزنید)

☐ انتصاب نماینده

☐ لغو انتصاب نماینده کنونی

4. انقضاء و فسخ.

این انتصاب نماینده برای مدت یک سال از تاریخی که آنرا امضاء می کنید (در پایین) معتبر باقی خواهد ماند مگر اینکه تاریخ دیگری در اینجا قید شود: ____/____/____

شما حق دارید که این فرم «انتصاب نماینده» را با اعلام کتبی به Blue Shield در هر زمانی فسخ نمایید. لغو انتصاب نماینده بر روی اطلاعاتی که قبل از دریافت درخواست فسخ شما استفاده یا واگذاری کردیم تأثیری نخواهد داشت. اگر این انتصاب نماینده توسط یک ولی یا قیم قانونی از سوی شخص صغیر صادر شود، در هجدهمین سال تولد شخص صغیر منقضی خواهد شد.

5. امضای عضو و نماینده

من این فرم را مطالعه کرده و شرایط آنرا درک کرده و با آنها موافقت می کنم. من به Blue Shield of California اجازه می دهم تا به نماینده انتصاب شده اجازه دهد این اطلاعات را استفاده کند یا به دریافت کننده ای که در بالا قید شده، واگذار نماید. این موضوع می تواند شامل اطلاعات بهداشتی از قبیل سوء مصرف مواد، بهداشت روانی، بهداشت رفتاری، آزمایش ژنتیک و وضعیت HIV/ایدز شود. من می دانم زمانیکه اطلاعات من واگذار شود، ممکن است توسط دریافت کننده مجدداً واگذار شده و ممکن است دیگر تحت محافظت قوانین حفظ محرمانگی از جمله قانون قابلیت حمل و جوابگویی بیمه درمانی فدرال سال 1996، نباشد.

من می دانم که Blue Shield نمی تواند پرداخت هزینه، ثبت نام در برنامه درمانی یا واجد شرایط بودن برای مزایا را به امضاء کردن این «درخواست انتصاب نماینده» توسط من مشروط کند.

امضای عضو

تاریخ

نام عضو (با حروف خوانا)

من با امضاء زیر تأیید می کنم که فرم را مطالعه کرده و انتصاب فوق الذکر را می پذیرم.

امضای نماینده

تاریخ

نام نماینده (با حروف خوانا)

نمایندگان یا قیم قانونی

اگر این فرم توسط شخصی به غیر از عضو یا اولیای شخص صغیر از قبیل نماینده شخصی/قانونی، قیم یا مجری ماترک امضاء شود، باید مدرک قانونی را نیز تسلیم نمایید که صلاحیت شما برای اقدام از سوی عضو (یا ماترک عضو) را برای انتشار اطلاعات درمانی نشان دهد. چنین سندی به عنوان مثال می تواند شامل موارد زیر باشد:

1. وکالت مراقبت درمانی پایدار:

2. اسناد و مدارک به روز و معتبر سرپرستی با دستور دادگاه؛ یا

3. سایر مدارک قانونی معتبر دیگری که صلاحیت شما برای اقدام از سوی عضو (یا ماترک عضو) را نشان دهد.

نام نماینده (با حروف خوانا):

وابستگی به عضو:

نوع مدرک تسلیم شده:

نسخه ای از این فرم انتصاب نماینده را در بایگانی خود نگه دارید.

فرم پر شده و امضاء دار انتصاب نماینده را به این نشانی ارسال نمایید:

Blue Shield of California Customer Care

P.O. Box 272540

Chico, CA 95927-2540

The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability.

La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental.

本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。