

प्रतिनिधि की नियुक्ति

आपके निवेदन या शिकायत के संबंध में Blue Shield of California, Blue Shield of California Life & Health Insurance Company, और उनके व्यावसायिक सहयोगियों (सामूहिक रूप से "Blue Shield") को प्रतिनिधित्व की नियुक्ति करने देने हेतु अधिकृत करने के लिए इस फ़ॉर्म का उपयोग करें। मैं कोई भी अनुरोध करने; साक्ष्य प्रस्तुत करने या प्रकाश में लाने; निवेदन की जानकारी प्राप्त करने; और मेरे दावे, निवेदन, शिकायत या अनुरोध के संबंध में मेरे स्थान पर पूर्ण रूप से कोई भी नोटिस प्राप्त करने के लिए इस व्यक्ति को अधिकृत करता/करती हूँ। मैं समझता/समझती हूँ कि मेरे अनुरोध से संबंधित व्यक्तिगत चिकित्सीय जानकारी को नीचे बताए गए प्रतिनिधि के समक्ष प्रकट किया जा सकता है।

1. प्रतिनिधि नियुक्त करने वाला व्यक्ति ("सदस्य")

सदस्य का नाम:

सदस्य का पता:

ग्राहक आईडी (ID) संख्या:

जन्म तिथि:

2. नियुक्त प्रतिनिधि कौन है?

प्राप्तकर्ता का नाम:

प्राप्तकर्ता का पता:

सदस्य के साथ प्राप्तकर्ता का संबंध:

3. इस फ़ॉर्म को भरने का उद्देश्य क्या है? (किसी एक पर निशान लगाएँ)

☐ एक प्रतिनिधि नियुक्त करें

☐ प्रतिनिधि की कोई मौजूदा नियुक्ति निरस्त करें

4. समाप्ति और निरस्तीकरण।

प्रतिनिधित्व की यह नियुक्ति आपके इस पर (नीचे) हस्ताक्षर करने की तिथि से एक वर्ष तक प्रभावी रहेगी जब तक कि यहाँ किसी और तिथि को निर्दिष्ट नहीं किया जाता है: ____/____/____

Blue Shield को लिखित रूप में सूचित करते हुए प्रतिनिधित्व की इस नियुक्ति को किसी भी समय निरस्त करने का अधिकार आपको है। *प्रतिनिधित्व की इस नियुक्ति को निरस्त करने से वह जानकारी प्रभावित नहीं होगी जिसका हमने आपके निरस्तीकरण के अनुरोध से पहले उपयोग या खुलासा किया।* यदि प्रतिनिधित्व की यह नियुक्ति किसी नाबालिग के माता-पिता या कानूनी अभिभावक की ओर से दी गई है, तो यह नाबालिग के अठारहवें जन्मदिन पर समाप्त हो जाएगी।

5. सदस्य और प्रतिनिधि के हस्ताक्षर

मैंने इस फ़ॉर्म को पढ़ लिया है और मैं इसकी शर्तों को समझता/समझती हूँ और इनसे सहमत हूँ। मैं Blue Shield of California को प्रतिनिधित्व की नियुक्ति की अनुमति देने और ऊपर निर्देशित नामित प्राप्तकर्ता को जानकारी का उपयोग करने या उसका खुलासा करने का निर्देश देता/देती हूँ। इसमें मादक द्रव्यों के सेवन, मानसिक स्वास्थ्य, स्वभावजन्य स्वास्थ्य, आनुवंशिक परीक्षण और HIV/एड्स की स्थिति जैसी स्वास्थ्य संबंधी जानकारी शामिल हो सकती है। मैं समझता/समझती हूँ कि एक बार मेरी जानकारी का प्रकटीकरण हो जाने के बाद, प्राप्तकर्ता द्वारा इसे फिर से प्रकट किया जा सकता है और अब इसे संघीय Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (स्वास्थ्य बीमा पोर्टेबिलिटी और जवाबदेही अधिनियम 1996) सहित, गोपनीयता कानूनों द्वारा संरक्षित नहीं किया जा सकता है।

मैं समझता/समझती हूँ कि Blue Shield मेरे प्रतिनिधित्व की इस नियुक्ति पर हस्ताक्षर करने या नहीं करने पर भुगतान, स्वास्थ्य योजना में नामांकन, या लाभ के लिए पात्रता की शर्त नहीं रख सकता है।

सदस्य के हस्ताक्षर

तिथि

सदस्य का नाम (प्रिंट)

नीचे हस्ताक्षर करते हुए, मैंने इस फ़ॉर्म को पढ़ लिया है और एतद्वारा उपरोक्त नियुक्ति को स्वीकार करता/करती हूँ।

प्रतिनिधि के हस्ताक्षर

तिथि

प्रतिनिधि का नाम (प्रिंट)

कानूनी प्रतिनिधि या अभिभावक

यदि इस फ़ॉर्म पर सदस्य या नाबालिग के माता-पिता के अलावा किसी अन्य व्यक्ति जैसे कि व्यक्तिगत/कानूनी प्रतिनिधि, अभिभावक, या निर्वाहक, द्वारा हस्ताक्षर किए गए हैं, तो आपको ऐसे कानूनी दस्तावेज़ भी जमा कराने चाहिए जिसमें प्रतिनिधि नियुक्त करने के लिए सदस्य (या सदस्य की संपत्ति) की ओर से कार्य करने का आपका अधिकार दिखाया गया हो। इस प्रकार के दस्तावेज़ों में शामिल हो सकते हैं, उदाहरण स्वरूप:

1. स्वास्थ्य देखभाल की स्थायी पावर ऑफ अटॉर्नी
2. अदालत-आदेशित संरक्षकता के वर्तमान, वैध दस्तावेज़; या
3. सदस्य (या सदस्य की संपत्ति) की ओर से कार्य करने के आपके अधिकार को दर्शाने वाले अन्य वैध कानूनी दस्तावेज़ात।

प्रतिनिधि का नाम (प्रिंट):

सदस्य के साथ संबंध:

जमा किए गए दस्तावेज़ का प्रकार:

प्रतिनिधि नियुक्ति फ़ॉर्म की एक प्रति अपने रिकार्ड्स के लिए रखें

पूर्ण और हस्ताक्षरित प्रतिनिधि की नियुक्ति फ़ॉर्म को वापस करें:

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。