CalOptima Health a Public Agency
505 City Parkway West
Orange, CA 92868
☎ 714-246-8400
TTY: 711
caloptima.org

Форма назначения уполномоченного представителя по вопросам апелляций и жалоб

Раздел 1: Информация об участнике

Имя и фамилия участника: _____ Дата рождения: _____

CIN участника: _____ Телефон: _____

Раздел 2: Информация об уполномоченном представителе

Имя и фамилия представителя: _____

Организация (если применимо): _____

Степень родства / отношение к участнику: _____

Электронная почта: _____ Телефон: _____

Адрес: _____

Раздел 3: Какие действия я разрешаю выполнять моему представителю

Я разрешаю указанному выше лицу или организации действовать от моего имени при взаимодействии с CalOptima Health в рамках процесса рассмотрения апелляции и/или жалобы:

☐ Подать апелляцию

☐ Подать жалобу

☐ Подать апелляцию и жалобу

Пожалуйста, укажите, по какой апелляции или жалобе вы хотите получить помощь от своего представителя.

- Дата оказания услуги или принятия решения: _____

- Описание поставщика, услуги или возникшей проблемы:

  _____

  ☐ Только по указанной выше апелляции или жалобе
  ☐ По любой апелляции или жалобе, которую я подам в течение срока действия этого разрешения

Ваш представитель может действовать от вашего имени только по той апелляции или жалобе, которую вы указали выше. Ваш представитель также может напрямую взаимодействовать с CalOptima Health от вашего имени. Это включает получение уведомлений и писем, предоставление документов и доказательств, а также ознакомление с материалами дела и информацией, касающейся апелляции или жалобы, или получение их копий.

Раздел 4: Срок действия этого разрешения (дата окончания)

Срок действия данного разрешения для указанного лица или организации закончится:

_____

(Укажите конкретную дату или событие. Эта дата должна наступить не позднее чем через один год после того, как вы подпишете и вернёте эту форму.)

Если вы не укажете дату окончания действия разрешения или не опишете событие, после которого действие этого разрешения должно прекратиться, мы не сможем принять эту форму. Дата окончания должна включать месяц, день и год.

Вы можете указать событие вместо даты. Например: «после завершения рассмотрения апелляции или жалобы», «после подачи апелляции или жалобы» или «после моей выписки из больницы».

Раздел 5: Подтверждение со стороны участника

Я понимаю, что:

- Мой уполномоченный представитель может получить доступ к моей защищённой медицинской информации (Protected Health Information, PHI), связанной с апелляциями и жалобами, а также обсуждать её.
- Моя медицинская информация может быть повторно раскрыта моим уполномоченным представителем и может больше не защищаться Законом о переносимости и подотчётности медицинского страхования (HIPAA).
- Моё лечение, оплата или право на получение льгот не будут зависеть от того, подпишу ли я это разрешение.

- Я могу отозвать это разрешение в любое время, уведомив CalOptima Health в письменной форме.
- Отмена не повлияет на действия, которые уже были совершены на основании этого разрешения.

Подписывая эту форму, я разрешаю CalOptima Health раскрывать моему уполномоченному представителю PHI, связанную с жалобами и/или апелляциями, указанными в этой форме.

Раздел 6: Подпись

Подпись участника или подпись законного представителя участника:

Имя и фамилия печатными буквами: _____

Подпись: _____ Дата: _____

Степень родства / отношение к участнику: _____
(сам участник, родитель, представитель по вопросам медицинского обслуживания, обладатель доверенности или исполнитель завещания)

Документы, подтверждающие полномочия законного представителя, прилагаются:

☐ Да ☐ Нет ☐ Уже имеются в деле ☐ Не применимо

Пожалуйста, отправьте эту форму по почте или факсу в CalOptima Health:

Attn: Enrollment and Reconciliation
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

Факс: 1-714-338-3104

Эта форма даёт человеку разрешение представлять ваши интересы **только** по вопросам апелляций и/или жалоб, рассматриваемых CalOptima Health. Она не даёт вашему представителю разрешения действовать от вашего имени по вопросам права на участие в программе Medi-Cal или регистрации в ней, а также на государственных слушаниях. Для этих случаев вам может потребоваться заполнить отдельную форму.

Если вам нужна помощь, позвоните на бесплатную линию Службы поддержки CalOptima Health по телефону **1-888-587-8088** (TTY: **711**) — с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 5:30 p.m. У нас есть сотрудники, которые разговаривают на вашем языке.