

如果您选择让某人作为您的代表来代表您与 Valley Health Plan (VHP) 沟通，请填写以下第 1-3 项。您的个人代表可以在大多数医疗保健事务中代表您行事，并可以使用、接收、披露您受保护的健康信息。

如果您有任何问题，请致电会员服务部门：**1-888-421-8444**。对于 TTY/TDD 用户，请使用 **711** 或发送电子邮件至 **MemberServices@vhp.sccgov.org**。请将填妥的表格交还至收件人：**Member Services, Valley Health Plan, 2480 N. First Street Suite 160, San Jose, CA 95131**，或传真至 **1-408-885-4425**。

### 第 1 项 – 指定代表

由会员或未成年人的父母/监护人填写。

会员姓名： _____
会员 ID： _____ 出生日期： _____
电话号码： _____
地址： _____
未成年人的父母/监护人姓名： _____
会员或未成年人的父母/监护人签名： _____
日期： _____

### 第 2 项 – 授权使用和/或披露

勾选每个复选框，确认您已阅读每项条款。

<input type="checkbox"/> 本人授权代表完全代替本人提出任何请求、提交和获取申诉和投诉信息、接收与本人的申诉或医疗保健服务相关的任何通知。
<input type="checkbox"/> 本人确认本人自愿授权。本人明白，本人可随时向 VHP Member Services, 2480 N. First Street Suite 160, San Jose, CA 95131 发出书面通知撤销指定。
<input type="checkbox"/> 本代表指定将于（输入年/月/日）_____到期 （如果未提供失效日期，本指定在以书面形式撤销之前有效）。
<input type="checkbox"/> 本人授权 VHP/DMHC 向本人指定的代表披露本人的任何个人健康信息和/或可识别的健康信息，以便其代表本人和/或本人的子女行事
<b>或</b>
<input type="checkbox"/> 本授权仅限于： _____

### 第 3 部分 - 接受委任

由（一位或多位）代表填写。

我（们）特此接受上述委任。

1 号授权代表姓名： \_\_\_\_\_

组织名称（如适用）： \_\_\_\_\_

关系/职业状况： \_\_\_\_\_

电话号码： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

随附我的医疗保健决定授权书或其他法律文件（如适用，请勾选）

1 号授权代表签名： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_

2 号授权代表姓名： \_\_\_\_\_

组织名称（如适用）： \_\_\_\_\_

关系/职业状况： \_\_\_\_\_

电话号码： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

随附我的医疗保健决定授权书或其他法律文件（如适用，请勾选）

2 号授权代表签名： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_