

Nếu quý vị chọn nhờ một người làm đại diện để liên lạc với Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe Valley (Valley Health Plan, VHP) thay mặt quý vị, hãy hoàn thành mục 1-3 bên dưới. Đại diện cá nhân của quý vị có thể thay mặt cho quý vị trong hầu hết các vấn đề chăm sóc sức khỏe và có thể sử dụng, nhận, tiết lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ của quý vị.

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-888-421-8444**. Đối với người dùng TTY/TDD, hãy sử dụng **711** hoặc gửi email đến **MemberServices@vhp.sccgov.org**. Vui lòng gửi lại biểu mẫu đã điền đầy đủ về **Attn: Member Services, Valley Health Plan, 2480 N. First Street Suite 160, San Jose, CA 95131**, hoặc gửi fax đến số **1-408-885-4425**.

Mục 1 – Chỉ Định Người Đại Diện

Do Hội Viên hoặc cha mẹ/người giám hộ của Trẻ Vị Thành Niên hoàn thành.

Tên của Hội Viên: _____
ID Hội Viên: _____ Ngày Sinh: _____
Số Điện Thoại: _____
Địa Chỉ: _____
Tên của cha mẹ/người giám hộ của Trẻ Vị Thành Niên: _____
Chữ Ký của Hội Viên hoặc cha mẹ/người giám hộ của Trẻ Vị Thành Niên: _____
Ngày: _____

Phần 2 – Sử Dụng và/hoặc Tiết Lộ Được Ủy Quyền

Đánh dấu vào từng ô để xác nhận rằng quý vị đã đọc từng điều kiện.

Tôi ủy quyền cho người đại diện thực hiện mọi yêu cầu, nộp hồ sơ và nhận thông tin về kháng cáo và khiếu nại, nhận bất kỳ thông báo nào liên quan đến kháng cáo hoặc dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi, hoàn toàn thay mặt tôi.

Tôi xác nhận rằng ủy quyền của tôi là tự nguyện. Tôi hiểu rằng tôi có thể hủy bỏ chỉ định này bất cứ lúc nào bằng cách gửi thông báo bằng văn bản cho Dịch Vụ Hội Viên của VHP, theo địa chỉ 2480 N. First Street Suite 160, San Jose, CA 95131.

Việc chỉ định người đại diện này hết hạn vào (điền Tháng/Ngày/Năm) _____ (Nếu không nêu rõ ngày hết hạn, thì chỉ định này có hiệu lực cho đến khi được thu hồi bằng văn bản).

Tôi ủy quyền cho VHP/Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (Department of Managed Health Care, DMHC) tiết lộ bất kỳ Thông Tin Sức Khỏe Cá Nhân và/hoặc Thông Tin Sức Khỏe Có Thể Nhận Dạng nào của tôi cho người đại diện được chỉ định của tôi để họ hành động thay mặt tôi và/hoặc con tôi

Hoặc

Ủy quyền này được giới hạn ở: _____

Phần 3 – Chấp Nhận Chỉ Định

Do (những) người đại diện hoàn thành.

Tôi (Chúng tôi) chấp nhận việc chỉ định nêu trên.

Tên Của Người Đại Diện Được Ủy Quyền #1: _____

Tên Của Tổ Chức (nếu có): _____

Trạng Thái Mối Quan Hệ/Nghề Nghiệp: _____

Số Điện Thoại: _____

Địa Chỉ: _____

Giấy ủy quyền của tôi về các quyết định chăm sóc sức khỏe hoặc tài liệu pháp lý khác được đính kèm (đánh dấu nếu có)

Chữ Ký Của Người Đại Diện Được Ủy Quyền #1: _____

Ngày: _____

Tên Của Người Đại Diện Được Ủy Quyền #2: _____

Tên Của Tổ Chức (nếu có): _____

Trạng Thái Mối Quan Hệ/Nghề Nghiệp: _____

Số Điện Thoại: _____

Địa Chỉ: _____

Giấy ủy quyền của tôi về các quyết định chăm sóc sức khỏe hoặc tài liệu pháp lý khác được đính kèm (đánh dấu nếu có)

Chữ Ký Của Người Đại Diện Được Ủy Quyền #2: _____

Ngày: _____