

# 指定授權代表之表格



0000000000CF

## New York Medicaid Choice

1-800-505-5678 (TTY 用戶：1-888-329-1541)

請填寫這份表格並簽名，以便指定一位人士作為您在 New York Medicaid Choice 的授權代表。您可以透過將表格傳真至 (917) 228-8601 或郵寄至 New York Medicaid Choice, PO Box 5009, New York, NY 10274 來提交這份填寫好的表格。

### 第 1 部分：指定一位代表的人士。請用印刷體填寫

當事人之姓名 (名字、姓氏) \_\_\_\_\_

Medicaid ID 號：\_\_\_\_\_ 社會安全號：\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_ 城市：\_\_\_\_\_

州：\_\_\_\_\_ 郵政編碼：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

電話號碼：( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 手機號碼：( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### 第 2 部分：獲授權代表。請用印刷體填寫

姓名：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

城市：\_\_\_\_\_ 州：\_\_\_\_\_ 郵政編碼：\_\_\_\_\_

電話號碼：( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Representative's language preference for written materials:

English  Spanish  Chinese  Russian  Haitian Creole  Korean  Italian

代表之簽名：\_\_\_\_\_

\* If the signature is of the legal representative, describe the authority to act in that capacity (e.g., guardianship, committee for an incompetent, power of attorney, health care proxy, etc.), in the space below, or if necessary, attach additional pages.

### 第 3 部分：簽名：

■ 透過在下面簽名，本人允許 New York Medicaid Choice 向第 2 部分指定的人士披露有關本人管理式護理註冊/退出決定的資訊，如以下所勾選：

請勾選所有適用項。  Medicaid  Medicaid-Medicare  受保護的健康/資訊

■ 本人希望來自 New York Medicaid Choice 的郵寄物寄至：

僅本人  本人與本人代表  僅本人代表

■ 允許披露資訊的時間期間為：

從：\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 至：\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

■ 本人明白，該批准乃出於自願。本人可於上述「到期日」之前的任何時間透過書面通知 New York Medicaid Choice 或致電 **1-800-505-5678** 撤回該批准。撤回授予法定代表人的許可將被驗證。

本人明白，如果獲准接收資訊的人士並非健康計劃或健康護理提供商，所披露的資訊可能不再受聯邦隱私法規保護。本人還明白，同意書將用於與管理式護理選項有關事項。

當事人簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_