

위임 대리인 지명 양식

New York Medicaid Choice

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



0000000000CF

New York Medicaid Choice에서 귀하를 대리할 위임 대리인을 지명하려면 이 양식을 작성하고 서명하십시오.
작성된 양식을 팩스(917) 228-8601로 보내거나 우편으로 New York Medicaid Choice, PO Box 5009 New York, NY 10274로 제출해 주십시오.

1 장: 대리인 지정인. 정자체로 작성

지정인 이름: (이름, 성) _____

Medicaid ID: _____ 사회보장번호(SSN): _____ - _____ - _____

주소: _____ 도시: _____

주: _____ 우편번호: _____ 생년월일: ____ - ____ - _____

전화번호: (_____) _____ - _____ 휴대폰 번호: (_____) _____ - _____

2 장: 위임 대리인. 정자체로 작성

이름: _____

주소: _____

도시: _____ 주: _____ 우편번호: _____

전화번호: (_____) _____ - _____ 날짜: ____ / ____ / _____

Representative's language preference for written materials:

English Spanish Chinese Russian Haitian Creole Korean Italian

위임 대리인 서명: _____

* 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.

3 장: 서명:

■ 아래의 서명을 통해 본인은 New York Medicaid Choice 에게 관리 케어 등록/탈퇴 결정과 관련하여, 아래에 표시된 바와 같이 2 장 에서 지정된 자에게 정보를 공개하는 것을 허용합니다.

해당하는 것을 모두 표시하십시오. Medicaid Medicaid-Medicare 보호 대상 건강/정보

■ 본인은 New York Medicaid Choice 에서 다음으로 우편물을 발송하기를 원합니다:

본인만 본인과 대리인 대리인만

■ 정보 공개를 승인하는 기간:

시작일: ____ / ____ / ____ 종료일: ____ / ____ / ____

■ 본인은 본 승인이 자의라는 것을 확인합니다. 본인은 상기 "종료일" 이전에 New York Medicaid Choice 에 서면, 또는 전화 1-800-505-5678 로 통보하여 언제든지 승인을 취소할 수 있습니다. 법적 대리인 동의서 취소는 확인을 받을 것입니다.

본인은 정보 수령을 승인 받은 자가 건강 플랜 제공사 또는 의료인이 아닌 경우, 공개되는 정보는 더 이상 연방 개인정보 보호 규정으로 보호되지 않는다는 사실을 확인합니다. 또한, 위임 대리인 지명 양식이 관리 케어 옵션과 관련하여 이용된다는 것도 이해합니다.

지명인 서명: _____ 날짜: ____ / ____ / ____