

ФОРМА НАЗНАЧЕНИЯ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

New York Medicaid Choice

1-800-505-5678 (Для лиц с нарушениями слуха: 1-888-329-1541)

Заполните и подпишите эту форму, чтобы назначить лицо Вашим Уполномоченным представителем по вопросам New York Medicaid Choice. Вы можете отправить заполненную форму по факсу на номер (917) 228-8601 или по почте по адресу New York Medicaid Choice, PO Box 5009, New York, NY 10274.

РАЗДЕЛ 1: ЛИЦО, НАЗНАЧАЮЩЕЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ. Пожалуйста, пишите печатными буквами.

Имя лица: (Имя, фамилия) _____
Идентификационный номер Medicaid: _____ Номер социального обеспечения: _____ - _____ - _____
Адрес: _____ Город: _____
Штат: _____ Индекс: _____ Дата рождения: _____ - _____ - _____
Номер телефона: (_____) _____ - _____ Сотовый телефон: (_____) _____ - _____

РАЗДЕЛ 2: УПОЛНОМОЧЕННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ. Пожалуйста, пишите печатными буквами.

Имя: _____
Адрес: _____
Город: _____ Штат: _____ Индекс: _____
Номер телефона: (_____) _____ - _____ Дата: ____ / ____ / ____
Representative's language preference for written materials:
 English Spanish Chinese Russian Haitian Creole Korean Italian
Подпись представителя: _____

* 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.

РАЗДЕЛ 3: ПОДПИСЬ:

■ Подписывая данную форму ниже, я даю New York Medicaid Choice разрешение предоставлять информацию, связанную с принятием решений в отношении регистрации/аннулирования регистрации в планах управляемого медицинского обслуживания, лицу, указанному в **Разделе 2**, в соответствии с указаниями ниже:

Пожалуйста, отметьте все подходящие варианты.

Medicaid Medicaid-Medicare Защищенная медицинская информация

■ Я хочу, чтобы уведомления по почте от New York Medicaid Choice отправлялись:
 Только мне Мне и моему Представителю Только моему Представителю

■ Период времени, в течение которого разрешено предоставление информации:
С: ____ / ____ / ____ до: ____ / ____ / ____

■ Я понимаю, что данное разрешение является добровольным. Я могу отозвать данное разрешение в любое время до даты в графе «До», указанной выше, сообщив об этом New York Medicaid Choice в письменной форме или позвонив по номеру **1-800-505-5678**. Отзыв разрешения, выданного законному представителю, подлежит подтверждению.

Я понимаю, что если лицо, одобренное для получения информации, не является планом медицинского страхования или медицинским специалистом, предоставляемая информация может быть более не защищена в соответствии с федеральными законами о конфиденциальности. Я также понимаю, что Форма разрешения используется в связи с вариантами управляемого медицинского обслуживания.

Подпись лица: _____ Дата: ____ / ____ / ____