

# MẪU ĐẠI DIỆN ĐƯỢC ỦY QUYỀN MEDICAID

## Dành cho Người nộp đơn hoặc Người đăng ký Medicaid

### Quý vị có thể chọn một đại diện được ủy quyền

Quý vị có thể cho phép một người đáng tin cậy nói về điều kiện hội đủ Medicaid của quý vị với chúng tôi, xem thông tin của quý vị và thay mặt cho quý vị trong các vấn đề liên quan đến đơn đăng ký/việc gia hạn của quý vị. Người này được gọi là "đại diện được ủy quyền." Quý vị không bắt buộc phải nêu tên bất kỳ cá nhân hoặc tổ chức nào làm đại diện được ủy quyền của mình. Nếu quý vị cần thay đổi người đại diện được ủy quyền của mình, hãy liên hệ với Medicaid. Nếu quý vị là đại diện hợp pháp của người nộp đơn/người đăng ký, hãy nộp bằng chứng cho Medicaid.

#### Chọn những gì quý vị muốn người đại diện được ủy quyền của mình có thể làm (đánh dấu tất cả các câu áp dụng):

- Ký đơn đăng ký thay mặt quý vị.
- Hoàn thành và gửi mẫu gia hạn thay mặt quý vị.
- Nhận thông báo và các thông tin liên lạc khác từ Medicaid thay mặt quý vị. (Nếu chọn tùy chọn này, thì tất cả thư từ sẽ chỉ được gửi đến địa chỉ của người đại diện được ủy quyền.)
- Thay mặt quý vị trong tất cả các vấn đề liên quan đến trường hợp Medicaid của quý vị và nhận thông tin về trường hợp Medicaid của quý vị.

1. Tên của người đại diện được ủy quyền (Tên, Tên đệm, Họ & Tên Hậu tố) hoặc tên của tổ chức

2. Địa chỉ

3. Số căn hộ hoặc phòng

4. Thành phố

5. Tiểu bang

6. Mã ZIP

7. Số điện thoại

( \_ \_ \_ ) \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_

8. Số ID (nếu có)

**Khi ký tên dưới đây, tôi hiểu rằng tôi đang chỉ định người đại diện được ủy quyền đã liệt kê ở trên để thực hiện các hành động mà tôi đã chọn ở trên. Tôi hiểu rằng giấy ủy quyền này sẽ vẫn có hiệu lực cho đến khi bị hủy bỏ.**

Tôi hiểu rằng tất cả thông tin thu thập được về tình hình của tôi và những người mà tôi chịu trách nhiệm pháp lý là mang tính cá nhân và bảo mật. Quyết định chỉ định người đại diện được ủy quyền của tôi là không bắt buộc, được tự do đưa ra và không miễn trách nhiệm phải tích cực tham gia vào quá trình xác định điều kiện hội đủ Medicaid của tôi. Tôi hiểu rằng người đại diện được ủy quyền có trách nhiệm đồng hành, hỗ trợ và đại diện cho tôi trong quá trình xác định điều kiện hội đủ Medicaid của tôi. Tôi hiểu rằng mặc dù một số thông tin thu thập được có thể không ảnh hưởng đến điều kiện hội đủ Medicaid của tôi, nhưng có thể ảnh hưởng đến trách nhiệm của tôi đối với một bên thứ ba nếu thông tin này được người đại diện được ủy quyền của tôi tiết lộ cho bên thứ ba đó. Tôi theo đây miễn trừ cho Sở Y tế Louisiana khỏi trách nhiệm trước bất kỳ khiếu nại nào do việc người đại diện được ủy quyền của tôi tiết lộ thông tin cho bên thứ ba. Tôi hiểu rằng nếu giấy ủy quyền này không được ký với sự có mặt của nhân viên Medicaid, thì nhân viên Medicaid có thể xác minh sự chỉ định này.

9. Tên của quý vị (Tên, Tên đệm, Họ & Tên Hậu tố)

10. Tên của người nộp đơn/người đăng ký (Tên, Tên đệm, Họ & Tên Hậu tố) (nếu quý vị đang ký với tư cách là người đại diện hợp pháp của họ)

11. Mối quan hệ của quý vị với người nộp đơn/người đăng ký (nếu quý vị đang ký với tư cách là người đại diện hợp pháp của họ)

12. SSN hoặc ID Trường hợp cho người nộp đơn/người đăng ký

13. Chữ ký của quý vị

14. Ngày (tháng/ngày/năm)

**Tiếp tục ở trang sau...**



**NEED HELP WITH YOUR APPLICATION?** Visit [www.medicaid.la.gov](http://www.medicaid.la.gov) or call us at **1-888-342-6207**. If you need help in a language other than English, call **1-888-342-6207** and tell the customer service representative the language you need. We'll get you help at no cost to you. TTY users should call **1-800-220-5404**.

# MẪU ĐẠI DIỆN ĐƯỢC ỦY QUYỀN MEDICAID (tiếp theo)

## Dành cho Người đại diện được Ủy quyền

Khi ký tên dưới đây, người đại diện theo ủy quyền đồng ý: 1) Đồng ý chịu trách nhiệm hoàn thành mọi trách nhiệm nằm trong phạm vi đại diện được ủy quyền ở cùng mức độ mà cá nhân được đại diện; 2) Duy trì, hoặc bị ràng buộc về mặt pháp lý để duy trì tính bảo mật của bất kỳ thông tin nào liên quan đến cá nhân được đại diện do Sở Y tế Louisiana cung cấp; và 3) Tuân thủ các quy định trong Điều 42 CFR Phần 431, Tiểu phần F và trong Điều 45 CFR 155.260(f) (liên quan đến bảo mật thông tin), 42 CFR 447.10 (liên quan đến việc cấm chuyển nhượng lại yêu cầu bảo hiểm của nhà cung cấp khi thích hợp cho một cơ sở hoặc một tổ chức hoạt động thay mặt cho cơ sở), cũng như các luật tiểu bang và liên bang khác liên quan đến xung đột lợi ích và bảo mật thông tin. Nếu người đại diện được ủy quyền là một tổ chức, phần này phải được hoàn thành và ký bởi tất cả các cá nhân sẽ thay mặt cho tổ chức và đồng ý chịu sự ràng buộc của các điều kiện của thỏa thuận này. Khi ký tên dưới đây, quý vị xác nhận theo hình phạt khai man rằng bất kỳ thông tin nào được cung cấp thay mặt cho cá nhân được đại diện là đúng và chính xác theo hiểu biết tốt nhất của quý vị.

15. Tên của người đại diện được ủy quyền (Tên, Tên đệm, Họ & Tên Hậu tố) hoặc tên của tổ chức	16. Số ID (nếu có)
---	--------------------

17. Tên của cá nhân thay mặt cho tổ chức (Tên, Tên đệm, Họ & Tên Hậu tố) (nếu có)
---

18. Chữ ký của người đại diện theo ủy quyền hoặc cá nhân đại diện cho tổ chức	19. Ngày (tháng/ngày/năm)
---	---------------------------

### Tên của (các) cá nhân bổ sung sẽ thay mặt cho tổ chức (nếu có):

20. Tên của cá nhân thay mặt cho tổ chức (Tên, Tên đệm, Họ & Tên Hậu tố)
--

21. Chữ ký của cá nhân đại diện cho tổ chức	22. Ngày (tháng/ngày/năm)
---	---------------------------

23. Tên của cá nhân thay mặt cho tổ chức (Tên, Tên đệm, Họ & Tên Hậu tố)
--

24. Chữ ký của cá nhân đại diện cho tổ chức	25. Ngày (tháng/ngày/năm)
---	---------------------------

26. Tên của cá nhân thay mặt cho tổ chức (Tên, Tên đệm, Họ & Tên Hậu tố)
--

27. Chữ ký của cá nhân đại diện cho tổ chức	28. Ngày (tháng/ngày/năm)
---	---------------------------

29. Tên của cá nhân thay mặt cho tổ chức (Tên, Tên đệm, Họ & Tên Hậu tố)
--

30. Chữ ký của cá nhân đại diện cho tổ chức	31. Ngày (tháng/ngày/năm)
---	---------------------------



**NEED HELP WITH YOUR APPLICATION?** Visit [www.medicaid.la.gov](http://www.medicaid.la.gov) or call us at **1-888-342-6207**. If you need help in a language other than English, call **1-888-342-6207** and tell the customer service representative the language you need. We'll get you help at no cost to you. TTY users should call **1-800-220-5404**.