



Tiểu Bang Louisiana

Sở Y Tế Louisiana (Louisiana Department of Health)
Cục Tài Chính Dịch Vụ Y Tế (Bureau of Health Services Financing)

CHẤP THUẬN CỦA NGƯỜI NHẬN VỀ VIỆC ỦY QUYỀN CHO NGƯỜI ĐẠI DIỆN

Tên Người Nhận _____

Số SSN _____

Số ID _____

Tôi hiểu rằng tất cả thông tin được thu thập, thay mặt tôi và/hoặc cho những người mà tôi chịu trách nhiệm, là thông tin cá nhân và bảo mật. Tôi hiểu rằng chức năng của Người Đại Diện Được Ủy Quyền là đại diện cho tôi trong quy trình lập Kế Hoạch Chăm Sóc Toàn Diện (CPOC) và thay mặt tôi ký các tài liệu CPOC. Tôi cũng hiểu rằng người đại diện được ủy quyền của tôi có quyền đưa ra quyết định cho tôi về tất cả các khía cạnh của các dịch vụ Medicaid khác nhau do Sở Y Tế Louisiana (LDH) quản lý. Tôi hiểu rằng điều này có thể yêu cầu Sở tiết lộ thông tin có thể cần được bảo mật cho người đại diện có tên dưới đây. Bằng văn bản này, tôi từ bỏ bất kỳ quyền nào mà tôi có thể có để ngăn Sở tiết lộ thông tin cho người đại diện được ủy quyền có tên dưới đây.

Tôi hiểu rằng ủy quyền cho phép này chỉ giới hạn cho cá nhân có tên dưới đây và có hiệu lực cho đến khi tôi thu hồi ủy quyền này. Tôi cũng hiểu rằng tôi có thể hủy bỏ việc chỉ định (những) cá nhân có tên dưới đây làm Người Đại Diện Được Ủy Quyền của tôi bất cứ lúc nào sau khi gửi thông báo bằng văn bản cho Sở.

Tôi hiểu rằng mặc dù một số thông tin thu thập được có thể không ảnh hưởng đến các dịch vụ Medicaid nhận được, nhưng nó có thể ảnh hưởng đến trách nhiệm pháp lý của tôi đối với bên thứ ba nếu thông tin này được Người Đại Diện Được Ủy Quyền của tôi tiết lộ cho bên thứ ba. Bằng văn bản này, tôi miễn trừ cho Sở Y Tế Louisiana (LDH) khỏi mọi thiệt hại từ bất kỳ khiếu nại nào do 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 trước sự có mặt của nhân viên cơ quan hoặc đại diện của chương trình, thì nhân viên cơ quan có thể tiến hành xác nhận tính xác thực.

LƯU Ý:

Nếu người tham gia là người có đủ năng lực hành vi nhưng người đại diện được ủy quyền lại là người được liên lạc và liên lạc lại thay vì người tham gia, thì phải có tài liệu chứng minh người tham gia đã yêu cầu về việc liên lạc với người đại diện được ủy quyền hoặc tài liệu về việc người tham gia không có khả năng tự quản lý được việc chăm sóc bản thân.

Tên Người Đại Diện Được Ủy Quyền: _____

Địa Chỉ: _____

Số Điện Thoại (Nhà): _____ (Nơi Làm Việc) _____

Chữ Ký của Người Đại Diện Được Ủy Quyền: _____

Ngày: _____

Chữ Ký của Người Nhận: _____ Ngày: _____

Chữ Ký của Nhân Chứng: _____ Ngày: _____

Chữ Ký của Điều Phối Viên Hỗ Trợ: _____ Ngày: _____