

# 会员授权表

我, \_\_\_\_\_, 委任 \_\_\_\_\_ 作为我的授权代表, 代我处理下述 Inland Empire Health Plan (IEHP) 服务相关事务。

## 会员信息:

必填

\_\_\_\_\_  
会员姓名                      会员识别号码 (ID) 或社会安全号码 (SSN)                      会员出生日期 (DOB)

## 授权代表信息:

必填

\_\_\_\_\_  
授权代表姓名                      与会员的关系

\_\_\_\_\_  
授权代表地址                      授权代表日间电话号码

## 获得授权的服务 (选择以下任何或所有项目):

必填

此项委任让我的授权代表可以代我处理以下 IEHP 会员服务:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 索取我的受保护健康信息              | <input type="checkbox"/> 更换我的基本保健医生 (PCP)        |
| <input type="checkbox"/> 变更我的指定独立医生协会 (IPA) 或医疗团体 | <input type="checkbox"/> 提出申诉或上诉 (仅适用于 Medi-Cal) |
| <input type="checkbox"/> 变更我的会员基本信息 (地址、电话号码等)    |  |
| <input type="checkbox"/> 完成健康风险评估或其他评估以帮助制定我的护理计划 |  |
| <input type="checkbox"/> 其他: _____                |  |

## 目的和会员权利:

必填

填写此委任书即表示我同意我的授权代表代我处理上方所勾选的 IEHP 会员服务相关事务。

IEHP 和我的授权代表仅可在执行 IEHP 服务时, 分享最低限度的必要受保护健康信息 (PHI) 及其他私人信息。

我了解我不一定要签署此委任书, 且签署此委任书纯属自愿。拒绝签署此委任书将不会影响我能否获得治疗、付款或福利资格。我了解我有权获得一份副本。我进一步了解, 如果根据本授权书所提供的信息被披露 (提供) 给其他人或机构, 该信息可能将不再受到联邦保密法 (健康保险可携性及问责法案 [HIPAA]) 的保护。不过, 加州法律不允许根据本授权书接收健康信息的人士披露该信息, 除非通过我获得此类披露的新授权, 或除法律明确要求或允许此类披露。

我知悉, 我可以随时向 IEHP 发送书面要求以终止 (撤销) 此委任:

Inland Empire Health Plan | Attn: Member Services  
P.O. Box 1800 | Rancho Cucamonga, CA 91729  
传真, 909-890-5877 | 电邮, MemberServices@iehp.org

此委任即刻生效, 且自签署日期起有效期限为一年; 或如此处所示: \_\_\_\_\_ (终止日期)。

# 会员授权表

**授权代表接受委任：****必填**

我已阅读此表格并了解：

- IEHP 会员可随时撤销此委任, 并委任其他人作为其授权代表；
- 除上述 IEHP 服务外, 我没有其他权利代表会员行事；
- 我不得转让或重新指定我的委任。

我证明：

- 我从未被社会安全局或卫生与公众服务部取消资格、暂停或禁止参与相关事务。
- 我不是美国政府的现任或前任雇员, 亦未被取消担任会员授权代表的资格。

在下方签名即表示我特此接受此委任：

---

授权代表签名

日期

**会员签名：****必填**

在下方签名即表示我特此授权此委任：

---

会员签名

日期

**请填写所有部分、签名并将此表格交回至：**  
**Inland Empire Health Plan | Attn: Member Services**  
**P.O. Box 1800 | Rancho Cucamonga, CA 91729**  
**传真:909-890-5877**  
**电邮:MemberServices@iehp.org**