

會員授權書

本人_____委任_____作為本人的授權代表，代表本人處理下述 Inland Empire Health Plan (IEHP) 服務相關事宜。

會員資訊：

必填項

會員姓名 _____ 會員卡號或社會保障號碼 (Social Security Number, SSN) _____ 會員出生日期 _____

授權代表資訊：

必填項

授權代表 姓名 _____ 與會員的關係 _____

授權代表 地址 _____ 授權代表日間電話號碼 _____

授權服務 (選擇以下任何或所有選項)：

必填項

此委任書允許本人的授權代表代本人處理以下 IEHP 會員服務相關事宜：

- 請求本人的受保護健康資訊
- 變更本人的基本保健醫生 (Primary Care Physician, PCP)
- 變更本人的指定獨立醫生協會 (Independent Physicians Association, IPA) 或醫療團體
- 提交申訴或上訴 (僅限 Medi-Cal)
- 變更本人的會員個人資料 (地址、電話號碼等)
- 其他：_____

目的及會員權利：

必填項

填寫此委任書，本人即同意讓本人的授權代表代本人處理以上所選擇的 IEHP 會員服務相關事宜。

IEHP 和本人的授權代表僅能分享最低必要限度之受保護健康資訊 (Protected Health Information, PHI) 和其他隱私資料，以履行 IEHP 服務。

本人了解，本人並非必須簽署此委任書，簽署與否純屬自願。即使本人拒絕簽署，也不會影響本人獲得治療、給付或福利資格的能力。本人了解，本人有權獲取副本。本人進一步了解，如果向其他人士或機構披露 (給予) 本授權書中的資訊，則相關資訊可能不再受美國聯邦保密法 (健康保險流通與責任法案 [Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA]) 的保護。但是，加州法律不允許此授權書指定的健康資訊接收者披露該類資訊，除非本人另發一份允許其進行相關披露的授權書，或法律明確要求或允許進行相關披露。

本人知悉，本人可以隨時透過向 IEHP 發送書面請求來終止 (撤銷) 此委任書，地址：

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

本委任書立即生效，自簽署之日起一年內有效，或在以下日期前生效：_____ (終止日期)。

會員授權書

授權代表承諾：

必填項

本人已閱讀此授權書並了解：

- IEHP 會員可隨時撤銷此委任書，並指定他人擔任其授權代表；
- 此授權書僅適用於上述 IEHP 服務，本人無權在其他方面代表會員行事；
- 本人不得將受理事務轉讓或轉委託給他人處理。

本人證明：

- 本人未曾被社會保障署或衛生與公眾服務部取消執業資格、暫停或禁止執業。
- 本人不是被取消擔任會員授權代表資格的現任或前任美國政府雇員

在下方簽名，即表示本人特此接受此委任：

授權代表簽名

日期

會員簽名：

必填項

在下方簽名，即表示本人特此核准此委任：

會員簽名

日期

請填寫所有部分、簽名並將此表格寄回至：

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