



CareOregon®

## تعيين ممثل

أفوض الشخص المذكور أدناه ليكون ممثلاً عني، للعمل نيابة عني لاتخاذ جميع القرارات المتعلقة بتغطيتي من CareOregon، كما لو كنت أفعل ذلك بنفسني. قد يتلقى ممثلي معلوماتي الصحية من شركة CareOregon والشركات التابعة لها ("الخطة") والكشف عنها إذا لزم الأمر لاتخاذ قرارات تتعلق بتغطية خطتي.

معلومات العضو
الاسم: _____
تاريخ الميلاد (أو الهوية التعريفية للعضو): _____
العنوان: _____
المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____
رقم الهاتف: _____ البريد الإلكتروني: _____

معلومات الممثل
الاسم: _____
العلاقة مع العضو: _____
العنوان: _____
المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____
رقم الهاتف: _____ البريد الإلكتروني: _____

أقوم بتعيين هذا الممثل للعمل نيابة عني فيما يتعلق بأية مسألة ذات صلة بتغطيتي التأمينية والمزايا التي توفرها خطتي. يتضمن ذلك التصرف نيابة عني لمشاركة معلوماتي الصحية مع الخطة و/أو طلب معلوماتي الصحية من الخطة، من حيث صلتها بالتسجيل، ودفعات الأقساط، والمزايا، والمطالبات، وزوتغييرات العنوان، وتغييرات مقدمي الخدمات، وطلبات الاتصالات الخاصة، و/أو المساعدة في الشكاوى أو المظالم أو الاستئنافات. أفهم أن المعلومات التي يُفصح بها لممثلي على النحو المسموح به بموجب هذا النموذج قد تتعلق بالعلاج من المخدرات/الكحول، والصحة العقلية، ومعلومات فيروس نقص المناعة البشرية HIV. أفهم أن لي الحق في إلغاء هذا التعيين كتابيًا في أي وقت وإرسال الإلغاء الكتابي للخطة على العنوان الوارد أدناه.

سيبقى هذا التعيين ساري المفعول إلى أجل غير مسمى ما لم

أحدد تاريخ انتهاء صلاحية مسبق هنا: \_\_\_\_\_

التوقيع: \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_

الاسم بالأحرف المتقطعة: \_\_\_\_\_

إذا وقع أي شخص نيابة عن العضو، فيرجى تقديم نسخة من التوكيل أو مستند قانوني آخر لمنح هذا الإذن.

توقيع الممثل: \_\_\_\_\_

أرسل الاستمارة المكتملة عبر الفاكس إلى 503-416-3723

أو

إرسالها بالبريد إلى: Customer Service CareOregon

315 SW Fifth Ave

Portland, OR 97204