

## Chỉ định Người đại diện

Mẫu đơn này có hiệu lực ủy hoặc hủy quyền của Người đại diện (người được pháp luật cho phép) hành động thay mặt tôi và đưa ra quyết định về các chuyến thăm khám sức khỏe không khẩn cấp (non-emergent medical transportation, hoặc NEMT) của tôi. Quyết định của họ sẽ như là quyết định của tôi. Người này có thể nhận các thông tin chi tiết về chuyến đi của tôi từ Ride to Care. Họ có thể làm việc với Ride to Care và các đối tác của họ để đưa ra quyết định về lợi ích NEMT của tôi. Điều này bao gồm việc chia sẻ thông tin sức khỏe của tôi với Ride to Care để lên lịch, hủy hoặc điều chỉnh chuyến đi của tôi. Người này có thể xử lý thông tin thanh toán, yêu cầu tiền vé giao thông công cộng, thay đổi địa chỉ và các thông tin liên lạc khác, làm việc với nhóm chăm sóc của tôi, yêu cầu trợ giúp đặc biệt cho tôi, hoặc hỗ trợ tôi với các quy trình liên quan đến lợi ích của NEMT như khiếu nại và kháng nghị. Người này có thể nhận thông tin chi tiết về các chủ đề nhạy cảm, chẳng hạn như các chuyến thăm khám liên quan đến điều trị cai nghiện ma túy và rượu, sức khỏe tâm thần, HIV hoặc phá thai.

### Thông tin thành viên

Tên: \_\_\_\_\_

Ngày sinh: \_\_\_\_\_

ID thành viên: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Thành phố: \_\_\_\_\_ Tiểu bang: \_\_\_\_\_ Mã bưu chính: \_\_\_\_\_

Điện thoại: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

### Thông tin về Người đại diện

Tên: \_\_\_\_\_

Mối quan hệ với thành viên: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Thành phố: \_\_\_\_\_ Tiểu bang: \_\_\_\_\_ Mã bưu chính: \_\_\_\_\_

Điện thoại: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

- Người có tên ở trên có thể thay mặt tôi giải quyết mọi vấn đề liên quan đến những lợi ích NEMT do OHP cung cấp. Họ sẽ thay thế bất kỳ Người đại diện nào được chỉ định trước đây.**
- Tôi thu hồi sự cho phép trước đây của mình cho người có tên ở trên. Tôi không còn muốn người này đại diện cho tôi.**

Chữ ký: \_\_\_\_\_

Ngày: \_\_\_\_\_

Ghi rõ tên: \_\_\_\_\_

*Nếu người khác ký thay cho thành viên, vui lòng cung cấp bản sao Giấy ủy quyền (Power of Attorney) hoặc tài liệu pháp lý khác chứng minh sự cho phép đó.*

Chữ ký của người đại diện: \_\_\_\_\_

**Fax mẫu đơn đã điền tới:** 800-862-3014 **HOẶC Gửi thư đến:** Ride to Care  
10135 SE Sunnyside Rd., Ste #260  
Clackamas, OR 97015

**Thắc mắc về mẫu đơn này?** Liên hệ Ride to Care tại: 503-416-3955 chọn tùy chọn số 4

## Chỉ định Người đại diện

Quý vị có thể nhận tài liệu này bằng một ngôn ngữ khác, bản in chữ lớn, chữ nổi braille hoặc một định dạng khác theo ý thích quý vị. Quý vị cũng có thể yêu cầu một thông dịch viên hỗ trợ. Trợ giúp này miễn phí. Hãy gọi 800-224-4840 hoặc TTY 711. Chúng tôi chấp nhận các cuộc gọi chuyển tiếp.