

من به شخص نامبرده در زیر اجازه می‌دهم که نماینده من باشد و تمام تصمیم‌های مربوط به پوشش بیمه CareOregon من را از طرفم بگیرد، گویی که خود من این تصمیم‌ها را گرفته‌ام. نماینده انتصابی، در صورت نیاز به تصمیم‌گیری در مورد پوشش پلان صحت من، اجازه دارد معلومات مرتبط با صحت من را از CareOregon و شرکت‌های وابسته به آن (پلان) دریافت کرده یا معلومات مورد نیاز را در اختیار نهادهای یاد شده قرار دهد.

معلومات عضو

نام: _____ تاریخ تولد (یا شماره شناسه عضو): _____

آدرس: _____

شهر: _____ ایالت: _____ کد پستی: _____

شماره تلفن: _____ ایمیل: _____

معلومات نماینده

نام: _____ رابطه (نسبت) با عضو: _____

آدرس: _____

شهر: _____ ایالت: _____ کد پستی: _____

شماره تلفن: _____ ایمیل: _____

من این نماینده را منصوب می‌کنم تا از طرف من در مورد هر موضوع مرتبط به پوشش بیمه و مزایای فراهم شده توسط پلان صحت من عمل کند. این نمایندگی به معنای اقدام از طرف من برای به اشتراک گذاشتن معلومات صحت من با پلان و/یا درخواست معلومات صحت من از پلان است و مواردی نظیر ثبت نام، پرداخت حق بیمه، مزایا، ادعاها، تغییرات آدرس، تغییرات فراهم کننده خدمات، ارایه درخواست برای ارتباطات ویژه، و/یا کمک به ارائه شکایت‌ها، اعلام نارضایتی از خدمات یا تجدید نظرخواهی را شامل می‌شوند. متوجه هستم معلوماتی را که از طریق این فرم در اختیار نماینده خود قرار می‌دهم ممکن است موارد مرتبط با درمان اعتیاد به مواد مخدر یا الکل، صحت روانی، و معلومات اچ آی وی (ایدز) را شامل شوند. درک می‌کنم که این انتصاب از تاریخ ثبت‌شده در زیر برای مدت یک سال معتبر بوده و لازم است هر سال تمدید شود. همچنان متوجه هستم که این حق را دارم تا هر زمان بخواهم، به صورت کتبی و با ارسال درخواست لغو کتبی به آدرس پلان که در زیر درج شده است، این انتصاب را باطل کنم.

امضا: _____ تاریخ: _____

نام و تخلص: _____

در صورتی که فرد دیگری این فرم از طرف عضو امضا می‌کند، لطفاً یک کپی از وکالتنامه یا سند قانونی دیگری که بر اساس آن چنین اجازه ای به آن فرد داده شده را ضمیمه کنید.

امضای نماینده: _____

به این آدرس ارسال کنید:

فرم تکمیل شده را به این شماره فکس کنید: ۵۰۳-۴۱۶-۳۷۲۳ یا

CareOregon Customer Service

315 SW Fifth Ave

Portland, OR 97204