



CareOregon®

نموذج تعيين ممثِّل

آخر تحديث: يوليو 2026

أفوض الشخص المذكور اسمه/اسمها أدناه ليكون ممثِّلِي، وللتصرّف نيابة عني في اتّخاذ جميع القرارات المتعلّقة بتغطيتي في CareOregon، كما لو كنتُ أفعل ذلك بنفسِي. يجوز للممثِّلِي/للممثِّلَتِي استلام المعلومات الصحيّة الخاصة بي من CareOregon والشركات التابعة لها (المُشار إليها فيما بعد بـ "الخطة") والإفصاح عن مثل هذه المعلومات الصحيّة لها عند لزوم الأمر لذلك لأجل اتّخاذ قرارات متعلّقة بتغطية الخطة الخاصة بي.

معلومات عن العضو

الاسم: _____ تاريخ الميلاد (أو الرقم التعريفي للعضو): _____
 العنوان: _____
 المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____
 رقم الهاتف: _____ عنوان البريد الإلكتروني: _____

معلومات عن الممثِّل (ة)

الاسم: _____ صلة العلاقة بالعضو: _____
 العنوان: _____
 المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____
 رقم الهاتف: _____ عنوان البريد الإلكتروني: _____

أقوم بتعيين هذا الممثِّل/هذه الممثِّلَة للتصرّف نيابة عني بشأن أيّ مسألة تتعلّق بتغطية التأمين الخاص بي والمزايا التي توفّرها الخطة الخاصة بي. يتضمن ذلك التصرّف بالنيابة عني تبادل معلوماتي الصحيّة مع الخطة و/أو طلب معلوماتي الصحيّة منها المتعلّقة بالتسجيل في الخطة والالتحاق بها؛ ومدفوعات الأقساط؛ والمزايا؛ والمطالبات؛ وتغيير العنوان؛ وتغيير مقدّمي خدمات الرعاية؛ وطلب التواصل بصيغة خاصة؛ و/أو المساعدة في شؤون الشكاوى أو التظلم أو الاستئناف. أدرك أنّ المعلومات التي يتمّ الكشف عنها للممثِّلِي/للممثِّلَتِي بموجب ما يأتّن به هذا النموذج قد تكون متعلّقة بعلاج المخدّرات و/أو الكحول، والصحة العقليّة ومعلومات عن فيروس نقص المناعة البشريّة (HIV). أدرك أنّ هذا التعيين يُعتبر ساري المفعول لمدة سنة واحدة من التاريخ المكتوب أدناه، وسيتمّ تحديثه سنوياً. وأدرك أيضاً أنّ لديّ الحق في إلغاء هذا التعيين كتابياً في أيّ وقت كان وإرسال إلغائي الكتابي إلى الخطة على العنوان المُدرج أدناه.

التوقيع: _____ التاريخ: _____

كتابة الاسم بحروف كبيرة وواضحة: _____

في حالة قيام أيّ شخص بالتوقيع نيابة عن العضو، فيُرجى تقديم نسخة من التوكيل أو أيّ مستند يثبت منح هذا الإذن للقيام بذلك.

توقيع الممثِّل: _____

عبر البريد إلى العنوان التالي:

CareOregon Customer Service
 SW Fifth Ave 315
 Portland, OR 97204

إرسال النموذج بعد استكمال تعبئته عبر جهاز الفاكس إلى الرقم:

أو 503-416-3723