

# Документ о назначении представителя

Последняя редакция: июль 2026 года



Я уполномочиваю указанное ниже лицо быть моим представителем, действовать от моего имени и принимать все решения, связанные с моим страхованием от организации CareOregon, как если бы я делал(-а) это сам(-а). Мой представитель может получать мою медицинскую информацию от организации CareOregon и раскрывать эту информацию этой организации и ее филиалам («Планам»), если необходимо принять решения относящиеся к моему плану страхового обеспечения.

## Информация о члене плана

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_

Дата рождения (или личный номер): \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_

№ телефона: \_\_\_\_\_ Адрес эл. почты: \_\_\_\_\_

## Информация о представителе

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_

Кем приходится члену: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_

№ телефона: \_\_\_\_\_ Адрес эл. почты: \_\_\_\_\_

Я назначаю этого представителя действовать от моего имени относительно любого вопроса, связанного с моим страховым обеспечением и льготами, обеспечиваемыми моим планом. Это включает в себя действия от моего имени при предоставлении моей медицинской информации моему плану и/или запросе информации от моего плана, связанной с регистрацией, выплатой страховых взносов, льготами, страховыми претензиями, изменением адреса, сменой поставщиков услуг, запросами на специальные сообщения, и/или помощи в рассмотрении жалоб, недовольств или апелляций. Я понимаю что информация, раскрытая моему представителю как разрешенная этим документом может относиться к информации о лечении от наркотической/ алкогольной зависимости, психическому здоровью и информации о ВИЧ. Я понимаю, что это назначение **считается действительным в течение одного года с момента указанного ниже**, и его необходимо будет обновлять ежегодно. Я также понимаю, что у меня есть право отменить это назначение в письменной форме в любое время, отправив свое письменное заявление об отзыве в администрацию плана по адресу, указанному ниже.

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Имя и фамилия печатными буквами: \_\_\_\_\_

*Если кто-либо подписывается от имени члена, пожалуйста, предоставьте копию доверенности или другого юридического документа, дающего это разрешение.*

Подпись представителя: \_\_\_\_\_

**Отправьте заполненный бланк документа по факсу:**

503-416-3723

*или*

**Отправьте по почте:**

CareOregon Customer Service  
315 SW Fifth Ave  
Portland, OR 97204