

## Назначение представителя

Настоящий документ предоставляет или отменяет право представителя (лица, имеющего законное разрешение) действовать от моего имени и принимать решения относительно моих поездок в рамках программы неэкстренного медицинского транспорта (NEMT). Выбор, сделанный представителем, будет равносителен моему выбору. Это лицо может получать от службы Ride to Care информацию о моих поездках. Это лицо может связываться с представителем службы Ride to Care и её партнерами, чтобы делать выбор относительно моих льгот в рамках программы NEMT. Это включает в себя передачу службе Ride to Care данных о моем здоровье для целей назначения, отмены или внесения изменений в мою поездку. Это лицо может обрабатывать платежные данные, запрашивать оплату проезда в общественном транспорте, вносить изменения в адрес и другую контактную информацию, работать с моей командой по уходу, запрашивать для меня специальную помощь или оказывать помощь в использовании прав, предусмотренных программой NEMT, например, при рассмотрении жалоб и апелляций. Это лицо может получать информацию, касающуюся конфиденциальных вопросов, например, о поездке, связанной с лечением зависимости от психоактивных веществ и спиртного, психического заболевания, ВИЧ или с совершением аборта.

### Информация об участнике

Имя, фамилия: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Идентификационный номер участника: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

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

Номер телефона: \_\_\_\_\_ Адрес эл. почты: \_\_\_\_\_

### Информация о представителе

Имя, фамилия: \_\_\_\_\_

Кем приходится участнику: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

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

Номер телефона: \_\_\_\_\_ Адрес эл. почты: \_\_\_\_\_

- Вышеуказанное лицо может действовать от моего имени по любому вопросу, связанному с моими льготами в рамках программы NEMT, предоставляемыми планом ОНР. Этот документ заменяет любого ранее указанного представителя.**
- Я отзываю предыдущее разрешение, данное вышеуказанному лицу. Я больше не желаю, чтобы это лицо действовало от моего имени.**

Подпись: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

Имя, фамилия печатными буквами: \_\_\_\_\_

*Если кто-либо ставит свою подпись за участника, просьба предоставить копию доверенности или другого юридического документа, дающего такое разрешение.*

Подпись представителя: \_\_\_\_\_

**Отправьте заполненный бланк по факсу на номер: 800-862-3014 ИЛИ Отправьте по почте на адрес:** Ride to Care  
16277 SE 130th Ave  
Clackamas, OR 97015

У вас возникли вопросы относительно документа? Обратитесь в службу Ride to Care: 503-416-3955, затем нажмите цифру 4

## Назначение представителя

Вы можете получить этот документ на других языках, набранный крупным шрифтом, шрифтом брайля или в предпочитаемом вами формате. Вы также можете запросить услуги переводчика. Эта помощь предоставляется бесплатно. Позвоните по тел. 800-224-4840 или для лиц с нарушениями слуха ТТУ 711. Мы принимаем звонки по линии трансляционной связи.