

代表委任表格

此表格赋予或剥夺代表（具有法律许可的人）代表我行事并就我的非紧急医疗运输 (NEMT) 行程做出选择的权利。他们的选择将像我亲自做出的选择一样。这个人可以从 Ride to Care 获取我行程的详细信息。他们可以与 Ride to Care 及其合作伙伴合作，就我的 NEMT 福利做出选择。这包括与 Ride to Care 分享我健康的详细信息，以安排、取消或调整我的行程。这个人可以处理支付的详细信息，请求公共交通票价，更改地址和其他联系信息，与我的护理团队合作，为我请求特殊帮助，或协助我处理 NEMT 福利，如处理申诉和上诉。这个人可以获得与敏感主题有关的详细信息，例如与药物和酒精治疗、心理健康、艾滋病毒或堕胎有关的行程详情。

会员信息

姓名： _____
出生日期： _____
会员卡号码： _____
地址： _____
城市： _____ 州： _____ 邮编： _____
电话#： _____ 电子邮件： _____

代表信息

姓名： _____
与会员的关系： _____
地址： _____
城市： _____ 州： _____ 邮编： _____
电话#： _____ 电子邮件： _____

上述所提及的人可以代表我处理任何与我由 OHP 提供的 NEMT 福利相关的事宜。
这将取代任何先前指定的代表。

我撤销之前授予上述人的权限。我不再希望这个人代表我行事。

签名： _____

日期： _____

正楷姓名： _____

若他人替代会员签字，需提供授权委托书或其他合法文件的复印件，以证明获得了这项权限。

代表签名： _____

通过传真将填妥的表格发送到： 800-862-3014**或 邮寄至：** Ride to Care
2556 NE 56th Ave
Clackamas, OR 97015

对此表格有疑问？ 请联系 Ride to Care： 503-416-3955，选择选项 4。

代表委任表格

您可获取本文件的其他语言版、大字版、盲文版或您偏好格式的版
本。您还可要求提供口语翻译人员服务。这项帮助是免费的。请拨
打 800-224-4840 或 TTY 711。我们会接听转接来电。