

# 代表委任書

此表格賦予或剝奪代表（具有法律許可的人）代表我行事並就我的非緊急醫療運輸 (NEMT) 行程做出選擇的權利。他們的選擇將像我親自做出的選擇一樣。這個人可以從 Ride to Care 獲取我行程的詳細資訊。他們可以與 Ride to Care 及其合作夥伴合作，就我的 NEMT 福利做出選擇。這包括與 Ride to Care 分享我健康的詳細資訊，以安排、取消或調整我的行程。這個人可以處理支付的詳細資訊，請求公共交通票價，更改地址和其他聯絡資訊，與我的護理團隊合作，為我請求特殊幫助，或協助我處理 NEMT 福利，如處理申訴和上訴。這個人可以獲得與敏感主題有關的詳細資訊，例如與藥物和酒精治療、心理健康、愛滋病毒或墮胎有關的行程詳情。

| 會員資訊   |                          |
|--------|--------------------------|
| 姓名：    | _____                    |
| 出生日期：  | _____                    |
| 會員卡號碼： | _____                    |
| 地址：    | _____                    |
| 城市：    | _____ 州：_____ 郵遞區號：_____ |
| 電話#：   | _____ 電子郵件：_____         |

  

| 代表訊息    |                          |
|---------|--------------------------|
| 姓名：     | _____                    |
| 與會員的關係： | _____                    |
| 地址：     | _____                    |
| 城市：     | _____ 州：_____ 郵遞區號：_____ |
| 電話#：    | _____ 電子郵件：_____         |

上述所提及的人可以代表我處理任何與我由 OHP 提供的 NEMT 福利相關的事宜。這將取代任何先前指定的代表。

我撤銷先前授予上述人的權限。我不再希望這個人代表我行事。

簽名：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

正楷姓名：\_\_\_\_\_

如有任何人代會員簽名，請提供授權委託書或其他合法文件的影本，以證明獲得了這項許可權。

代表簽名：\_\_\_\_\_

**請將填妥的授權書傳真至：800-862-3014 或郵寄至：** Ride to Care  
16277 SE 130th Ave  
Clackamas, OR 97015

您對本授權書有疑問嗎？請聯絡 Ride to Care：503-416-3955，選擇選項 4。

## 代表委任書

您可以獲得本檔的其他語言版本、大字版、盲文版或您慣用的格式。您也可申請口譯員。以上協助均為免費。請致電 800-224-4840 或 TTY 711。我們接受傳譯電話。