

TUYÊN BỐ CỦA NGƯỜI ĐẠI DIỆN

Tôi _____, chỉ định _____
(Tên hội viên) (Tên người đại diện)

đại diện cho tôi về các vấn đề liên quan đến việc ghi danh đăng ký và tư cách hội viên trong chương trình bảo hiểm sức khỏe UCare như được mô tả dưới đây. Người này sẽ là người đại diện của tôi và tôi cho phép họ có quyền hành động nhân danh tôi trong phạm vi được nêu trong tài liệu này, giống như cách tôi có thể hành động khi tôi có mặt. Tôi cho phép người đại diện của tôi có quyền làm những việc dưới đây theo các mục được đánh dấu “Có”. Với các mục được đánh dấu “Không” có nghĩa là người đại diện của tôi không được quyết định cho những mục đó. Với các đoạn được đánh dấu “Có”, thì tức là đại diện của tôi sẽ có quyền như đã nêu, kể từ ngày tôi ký tên vào tài liệu này. Họ sẽ tiếp tục có những quyền hạn này nếu tôi không thể tự mình quyết định cho những mục này.

Tôi hiểu rằng nếu người đại diện của tôi không phải là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc một thực thể khác tuân theo luật về quyền riêng tư của liên bang hoặc hiện hành của tiểu bang thì người đại diện của tôi, như được chỉ định dưới đây, có thể tiết lộ thêm thông tin bảo mật họ nhận được mà không cần sự cho phép của tôi và có thể không còn được bảo vệ theo luật về quyền riêng tư nữa.

Có Không

1. Tôi cho phép người đại diện của tôi đăng ký cho tôi vào một chương trình UCare thích hợp thanh toán các khoản phí bảo hiểm hiện hành; lựa chọn quyền lợi trong danh sách các lựa chọn theo chương trình bảo hiểm; và xử lý tất cả các yêu cầu đòi bồi hoàn bảo hiểm trên thay mặt tôi.

Có Không

2. Tôi cho phép người đại diện của tôi đưa ra quyết định liên quan đến tư cách hội viên của tôi trong các chương trình bảo hiểm sức khỏe UCare, bao gồm thay đổi phòng khám chăm sóc chính, thảo luận về các vấn đề liên quan đến bảo hiểm và yêu cầu đòi bồi hoàn bảo hiểm và nhận thông tin từ đại diện của UCare hoặc thảo luận về thông tin sức khỏe bảo mật và tình trạng sức khỏe của tôi với đại diện của UCare. Tôi hiểu rằng hồ sơ y tế của tôi có thể bao gồm thông tin liên quan đến bệnh lây truyền qua đường tình dục, hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS), vi rút gây suy giảm miễn dịch (HIV), các dịch vụ sức khỏe hành vi hoặc tâm thần và điều trị lạm dụng rượu hoặc ma túy.

(tiếp theo)

Có Không

3. Tôi yêu cầu UCare gửi tất cả tài liệu trao đổi với hội viên của UCare cho người đại diện của tôi theo địa chỉ gửi thư của người đại diện, như được nêu dưới đây. Tôi muốn người đại diện của tôi nhận thông tin bảo mật về tôi, như thông tin về yêu cầu bồi hoàn bảo hiểm. Tôi hiểu rằng nếu tôi đánh dấu vào mục “Có”, tức là người đại diện sẽ được nhận TẤT CẢ tài liệu dành cho hội viên, thông tin cập nhật, thông báo phí bảo hiểm, thông tin về yêu cầu bồi hoàn bảo hiểm và các thư từ khác thay mặt tôi. Tôi hiểu rằng hồ sơ y tế của tôi có thể bao gồm thông tin liên quan đến bệnh lây truyền qua đường tình dục, hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS) vi rút gây suy giảm miễn dịch (HIV), các dịch vụ sức khỏe hành vi hoặc tâm thần và điều trị lạm dụng rượu hoặc ma túy.

Có Không

4. Tôi cho phép người đại diện của tôi được quyết định, vì lợi ích tốt nhất của tôi, về việc rút khỏi chương trình bảo hiểm sức khỏe UCare.

Có Không

5. Khác (xin giải thích): _____

Quan hệ với Người đại diện. Người đại diện của tôi là _____
(vợ/chồng, cha mẹ, con, bạn bè, v.v.)

Tôi hiểu rằng, bằng cách ký tên dưới đây, tôi đang cấp quyền pháp lý cho người khác để đưa ra một số quyết định thay mặt tôi. Tôi cũng hiểu rằng UCare sẽ dựa vào sự cho phép này để tiết lộ thông tin cá nhân cho người đại diện của tôi và thay đổi tình trạng hội viên của tôi. Tôi hiểu rằng tôi có thể thu hồi lại ủy quyền này bất cứ lúc nào bằng cách thông báo với UCare bằng văn bản. Tuy nhiên, tôi hiểu rằng việc thu hồi lại ủy quyền này sẽ không ảnh hưởng đến bất kỳ hành động nào mà UCare đã thực hiện hoặc bất kỳ thông tin nào mà UCare đã tiết lộ, dựa trên giấy phép này trước khi UCare thực sự nhận được yêu cầu thu hồi của tôi.

Tôi hiểu rằng UCare không dựa trên mẫu này để làm điều kiện điều trị, thanh toán, đăng ký hoặc đủ điều kiện nhận quyền lợi khi thực hiện mẫu này.

(tiếp theo)

Để có hiệu lực, tôi phải điền và ký tài liệu này và người đại diện của tôi cũng chấp nhận ở dưới đây. Giấy phép này hết hạn một năm kể từ ngày ký nếu người đại diện của tôi đang thực hiện các hoạt động sau đây thay mặt tôi: kháng nghị, từ chối, xác định về phạm vi bảo hiểm hoặc xác định tổ chức bảo hiểm ; quyết định về ủy quyền hoặc thanh toán cho chăm sóc sức khỏe.

Chữ ký của bên uỷ quyền cho người đại diện: _____

Ngày Ký: _____ Điện thoại số: _____

Địa chỉ: _____ Ngày Sinh: _____

Số Hội viên UCare: _____

Nếu tôi không thể ký tên mình vào mẫu này. Tôi có thể yêu cầu người khác ký tên thay cho tôi.

Tên bằng chữ in của người ký tên thay cho tôi: _____

Chữ ký của người ký tên thay cho tôi: _____

CHẤP NHẬN CỦA NGƯỜI ĐẠI DIỆN: (do người đại diện điền)

Cá nhân dưới đây, người đã được chỉ định là người đại diện trong tài liệu này, chấp nhận chỉ định làm đại diện được nêu tên, theo các điều khoản và điều kiện của tài liệu này.

Tên bằng Chữ in: _____

Chữ ký: _____

Ngày Ký: _____

Địa chỉ: _____

Số điện thoại : _____

Gửi mẫu đã hoàn chỉnh đến: UCare PO Box 52 Minneapolis, MN 55440-0052

Fax: 612-676-6501 | Email: CLSS.canReqInq@ucare.org

Toll free 1-800-203-7225, TTY 1-800-688-2534

Attention. If you need free help interpreting this document, call the above number.

ያስተውሉ፡ ካለምንም ክፍያ ይህንን ዶኩመንት የሚተረጎም ለክስተርዳሚ ከፈለጉ ከላይ ወደተጻፈው የስልክ ቁጥር ይደውሉ።

ملاحظة: إذا أردت مساعدة مجانية لترجمة هذه الوثيقة، اتصل على الرقم أعلاه.

သတိ။ ဤတွဲရက်စာတမ်းအားအခမဲ့ဘာသာပြန်ပေးခြင်း အကူအညီလိုအပ်ပါက၊ အထက်ပါဖုန်းနံပါတ်ကိုခေါ်ဆိုပါ။

កំណត់សំគាល់ ។ បើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបកប្រែឯកសារនេះដោយឥតគិតថ្លៃ សូមហៅទូរស័ព្ទតាមលេខខាងលើ ។

請注意，如果您需要免費協助傳譯這份文件，請撥打上面的電話號碼。

Attention. Si vous avez besoin d'une aide gratuite pour interpréter le présent document, veuillez appeler au numéro ci-dessus.

Thov ua twb zoo nyeem. Yog hais tias koj xav tau kev pab txhais lus rau tsab ntaub ntawv no pub dawb, ces hu rau tus najnpawb xov tooj saum toj no.

ဟ်သူဉ်ဟ်သးဘဉ်တက့ၢ်. ဝဲန့ၣ်လိဉ်ဘဉ်တၢ်မၤစၢၤကလိလၢတၢ်ကကျိးထံဝဲဒၣ်လံာ် တီလံာ်မိတခါအံၤန့ၣ်, ကိးဘဉ် လိတဲစိနီၢ်ဂံၢ်လၢထးအံၤန့ၣ်တက့ၢ်.

알려드립니다. 이 문서에 대한 이해를 돕기 위해 무료로 제공되는 도움을 받으시려면 위의 전화번호로 연락하십시오.

ໂປຣດຊາບ. ຖ້າຫາກ ທ່ານຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແປເອກະສານນີ້ຟຣີ, ຈົ່ງ ໂທໂປຣໂປຊາບເລກຂ້າງເທິງນີ້.

Hubachiisa. Dokumentiin kun tola akka siif hiikamu gargaarsa hoo feete, lakkoobsa gubbatti kenname bilbili.

Внимание: если вам нужна бесплатная помощь в устном переводе данного документа, позвоните по указанному выше телефону.

Digniin. Haddii aad u baahantahay caawimaad lacag-la'aan ah ee tarjumaadda (afcelinta) qoraalkan, lambarka kore wac.

Atención. Si desea recibir asistencia gratuita para interpretar este documento, llame al número indicado arriba.

Chú ý. Nếu quý vị cần được giúp đỡ dịch tài liệu này miễn phí, xin gọi số bên trên.

CB5 (MCOs) (5-2020)

Thông báo về Quyền Công dân

Phân biệt đối xử là vi phạm pháp luật. UCare không phân biệt đối xử dựa trên bất kỳ điều nào sau đây:

- chủng tộc
- màu da
- nguồn gốc quốc gia
- tín ngưỡng
- tôn giáo
- khuynh hướng tình dục
- tình trạng hỗ trợ công cộng
- tuổi tác
- khuyết tật (bao gồm cả khiếm khuyết về thể chất hoặc tinh thần)
- tình dục (bao gồm định kiến giới tính và bản dạng giới)
- tình trạng hôn nhân
- niềm tin chính trị
- tình trạng y tế
- tình trạng sức khỏe
- nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe
- quá trình yêu cầu đòi bồi hoàn bảo hiểm
- tiền sử y tế
- thông tin di truyền

Hỗ trợ và Dịch vụ Phụ trợ. UCare cung cấp thêm hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ, chẳng hạn như thông dịch viên hoặc thông tin ở định dạng có thể sử dụng, miễn phí và kịp thời để bảo đảm hội viên có cơ hội công bằng khi tham gia vào chương trình chăm sóc sức khỏe của chúng tôi. **Liên hệ** UCare theo số 612-676-3200 (thoại) hoặc 1-800-203-7225 (thoại), 612-676-6810 (TTY) hoặc 1-800-688-2534 (TTY).

Dịch vụ Hỗ trợ Ngôn ngữ. UCare cung cấp các bản dịch tài liệu và thông dịch ngôn ngữ, miễn phí và kịp thời, khi các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ là cần thiết để đảm bảo người nói tiếng Anh hạn chế được tiếp cận có ý nghĩa với thông tin và dịch vụ của chúng tôi. **Liên hệ** UCare theo số 612-676-3200 (thoại) hoặc 1-800-203-7225 (thoại), 612-676-6810 (TTY) hoặc 1-800-688-2534 (TTY).

Khiếu nại về Quyền Công dân

Quý vị có quyền nộp đơn khiếu nại về phân biệt đối xử nếu tin là mình đã bị UCare phân biệt đối xử. Quý vị có thể liên hệ trực tiếp với bất kỳ cơ quan nào trong bốn cơ quan sau đây để nộp đơn khiếu nại phân biệt đối xử.

Văn phòng Dân Quyền của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ (OCR)

Quý vị có quyền nộp đơn khiếu nại với OCR, là cơ quan của liên bang, nếu tin là quý vị đã bị phân biệt đối xử vì bất kỳ điều nào sau đây:

- chủng tộc
- màu da
- nguồn gốc quốc gia
- tuổi tác
- tình trạng khuyết tật
- giới tính
- tôn giáo (trong một số trường hợp)

Liên hệ trực tiếp với **OCR** để nộp đơn khiếu nại:

Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ
Văn phòng Dân Quyền
200 Independence Avenue SW
Room 515F
HHH Building
Washington, DC 20201
Tổng đài Trả lời Khách hàng: Miễn cước: 800-368-1019
TDD 800-537-7697
Email: ocrmail@hhs.gov

Bộ Nhân Quyền Minnesota (MDHR)

Ở Minnesota, quý vị có quyền nộp đơn khiếu nại với MDHR nếu tin là mình đã bị phân biệt đối xử vì bất kỳ điều nào sau đây:

- chủng tộc
- màu da
- nguồn gốc quốc gia
- tôn giáo
- tín ngưỡng
- giới tính
- khuynh hướng tình dục
- tình trạng hôn nhân
- tình trạng hỗ trợ công cộng
- tình trạng khuyết tật

Liên hệ trực tiếp với **MDHR** để nộp đơn khiếu nại:

Bộ Nhân Quyền Minnesota
540 Fairview Avenue North
Suite 201
St. Paul, MN 55104
651-539-1100 (thoại)
800-657-3704 (miễn cước)
711 hoặc 800-627-3529 (Tiếp âm MN)
651-296-9042 (Fax)
Info.MDHR@state.mn.us (Email)

Bộ Dịch vụ Nhân sinh Minnesota (DHS)

Quý vị có quyền nộp đơn khiếu nại với DHS nếu tin là mình đã bị phân biệt đối xử trong các chương trình chăm sóc sức khỏe của chúng tôi vì bất kỳ điều nào sau đây:

- chủng tộc
- màu da
- nguồn gốc quốc gia
- tín ngưỡng
- tôn giáo
- khuynh hướng tình dục
- tình trạng hỗ trợ công cộng
- tuổi tác
- khuyết tật (bao gồm cả suy giảm thể chất hoặc tinh thần)
- tình dục (bao gồm định kiến giới tính và bản dạng giới)
- tình trạng hôn nhân
- niềm tin chính trị
- tình trạng y tế
- tình trạng sức khỏe
- nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe
- quá trình yêu cầu đòi bồi hoàn bảo hiểm
- tiền sử y tế
- thông tin di truyền

Khiếu nại phải được nộp bằng văn bản trong vòng 180 ngày kể từ ngày quý vị phát hiện ra hành vi phân biệt đối xử bị cáo buộc. Đơn khiếu nại phải có tên và địa chỉ của quý vị và mô tả vụ việc phân biệt đối xử mà quý vị đang khiếu nại. Sau khi nhận được khiếu nại của quý vị, chúng tôi sẽ xem xét và thông báo bằng văn bản cho quý vị về việc chúng tôi có thẩm quyền điều tra hay không. Nếu có, chúng tôi sẽ điều tra theo khiếu nại đó.

DHS sẽ thông báo kết quả điều tra bằng văn bản cho quý vị. Quý vị có quyền kháng nghị kết quả nếu không đồng ý với quyết định này. Để kháng nghị, quý vị phải gửi yêu cầu bằng văn bản để DHS soát xét lại kết quả điều tra. Hãy nêu ngắn gọn và nói rõ lý do tại sao quý vị không đồng ý với quyết định này. Bao gồm những thông tin bổ sung mà quý vị nghĩ là quan trọng.

Nếu quý vị nộp đơn khiếu nại theo cách này thì những người làm việc cho cơ quan có tên trong đơn khiếu nại không thể trả thù quý vị. Có nghĩa là họ không thể trừng phạt quý vị bằng bất kỳ hình thức nào vì đã nộp đơn khiếu nại. Nộp đơn khiếu nại theo cách này không ngăn cản quý vị tìm kiếm các biện pháp hành chính hoặc pháp lý khác.

Liên hệ trực tiếp với **DHS** để nộp đơn khiếu nại về phân biệt đối xử:

Điều phối viên Quyền Công dân
Bộ Dịch vụ Nhân sinh Minnesota
Ban Cơ hội và Tiếp cận Bình đẳng
P.O. Box 64997
St. Paul, MN 55164-0997
651-431-3040 (thoại)
hoặc sử dụng dịch vụ tiếp âm ưu tiên của quý vị

Thông báo Khiếu nại UCare

Quý vị có quyền nộp đơn khiếu nại với UCare nếu tin là mình đã bị phân biệt đối xử trong các chương trình chăm sóc sức khỏe của chúng tôi vì bất kỳ điều nào sau đây:

- tình trạng y tế stỉnh
- trạng sức khỏe
- nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe
- quá trình yêu cầu đòi bồi hoàn bảo
- hiểm tiền sử y
- tế thông tin di truyền
- tình trạng khuyết tật (bao gồm cả khiếm khuyết về thể chất hoặc tinh thần)
- tình trạng hôn nhân
- tuổi tác
- tình dục (bao gồm định kiến giới tính và bản dạng giới)
- tình trạng khuyết tật (bao gồm cả khiếm khuyết về thể chất hoặc tinh thần)
- nguồn gốc quốc gia
- chủng tộc
- màu da
- tôn giáo
- tín ngưỡng
- tình trạng hỗ trợ công cộng
- niềm tin chính trị

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại và yêu cầu giúp đỡ trong việc nộp đơn khiếu nại trực tiếp hoặc qua thư, điện thoại, fax hoặc email tại:

UCare

Attn: Appeals and Grievances
PO Box 52
Minneapolis, MN 55440-0052
Số miễn cước: 1-800-203-7225
TTY: 1-800-688-2534
Fax: 612-884-2021
Email: cag@ucare.org