

بيان الممثل

أفوض

(اسم الممثل)

(اسم العضو)

ليعمل بمثابة ممثلي في المسائل المتعلقة بالتحاقى وعضويتي في خطط شركة UCare الصحية كما هو موضح أدناه. وسيكون هذا الشخص وكيل أعمالى، وأصرح له/ لها بالتصرف بالإنيابة عني وباسمى بالقدر المذكور في هذه الوثيقة بالطريقة نفسها التي أستطيع التصرف بها إذا كنت حاضرًا. أنا أممح ممثلى إمكانية القيام بالأشياء الموضحة أدناه عن طريق التحديد على خانية "نعم". والتحديد على خانية "لا" يعني أن ممثلى غير مخول لاتخاذ تلك القرارات. وبالنسبة إلى المناطق التي تحمل علامة "نعم"، سيكون لدى ممثلى السلطة المذكورة بداية من اليوم الذي أوقع فيه هذه الوثيقة. سيظل ممثلى/ ممثلتى يتمتع بهذه الصلاحيات إذا تعذر علىّ اتخاذ هذه القرارات بمفردى.

أعلم أنه إذا لم يكن ممثلى مزود رعاية صحية أو كيانًا آخر خاضعًا لقوانين الخصوصية الفيدرالية أو قوانين الخصوصية السارية في الولاية، فقد يكشف ممثلى عن معلوماتى السرية التي يتلقاها دون إذن منى، على النحو المحدد أدناه، وقد لا تكون محمية بعد الآن بموجب قوانين الخصوصية.

1. أسمح لممثلى بالحقاقى في خطة شركة UCare مناسبة لدفع أى أقساط تأمين سارية؛ للاختيار من بين خيارات المزايا في إطار هذه السياسات؛ ومتابعة جميع مطالبات التأمين بالإنيابة عني. نعم لا

2. أسمح لممثلى باتخاذ قرارات بشأن عضويتي في خطط شركة UCare الصحية، بما في ذلك تغيير عيادة الرعاية الأولية، ومناقشة المطالبات والقضايا المتعلقة بالتأمين، وتلقى معلومات صحية سرية عني وعن حالتى الصحية مع ممثلى UCare أو مناقشتها. أعلم بأن المعلومات الواردة في سجلي الصحى قد تتضمن معلومات تتعلق بالأمراض المنقولة جنسيًا، ومتلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) وفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، وخدمات الصحة السلوكية أو النفسية و علاج تعاطى الكحول أو المخدرات. نعم لا

(يتبع)

3. أناشد شركة UCare لإرسال جميع مراسلات أعضاء خطة UCare الصحية إلى ممثلي على العنوان البريدي الخاص به/ بها، الموضح أدناه. أرغب بأن يتلقى ممثلي معلومات سرية خاصة بي ، مثل معلومات المطالبات. أعلم بأنه إذا حددت مربع "نعم" ، فسيتلقى ممثلي جميع مواد الأعضاء والتحديثات والإشعارات المميزة ومعلومات المطالبات وبريد آخر بالإنابة عني. أعلم بأن المعلومات الواردة في سجلي الصحي قد تتضمن معلومات تتعلق بالأمراض المنقولة جنسياً، ومتلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) وفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، وخدمات الصحة السلوكية أو النفسية و علاج تعاطي الكحول أو المخدرات.

نعم
 لا

4. أسمح لممثلي أن يتخذ القرارات لمصلحتي، فيما يتعلق بعدم التسجيل في خطط شركة UCare الصحية.

نعم
 لا

5. غير ذلك (يرجى التوضيح):

نعم
 لا

العلاقة بالممثل. ممثلي هو

(الزوج، الوالد، الطفل، الصديق، إلخ.)

أعلم أنني بالتوقيع أدناه أعطي شخصاً غيري السلطة القانونية لاتخاذ قرارات معينة بالإنابة عني. أفهم أيضاً أن شركة UCare ستعتمد على هذا التصريح لإصدار معلومات خاصة لممثلي وإجراء تغييرات في حالة العضوية الخاصة بي. أفهم أنه يمكنني إلغاء هذه التصاريح في أي وقت من خلال إخبار شركة UCare كتابةً بأنني أرغب في إلغائه. ومع ذلك، أعلم أن إلغاء هذا التفويض لن يؤثر على أي إجراء اتخذته شركة UCare، أو أي معلومات أصدرتها بالفعل، بناءً على هذا التصريح قبل أن تتلقى شركة UCare طلبي لإلغائه.

أعلم أن شركة UCare لا تشترط العلاج أو الدفع أو التسجيل أو الأهلية للحصول على المزايا عند تنفيذ هذا النموذج.

(يتبع)

لبداء النفاذ، يجب عليّ إكمال هذا المستند وتوقيعه وقبوله ممثلي له أدناه. وينتهي هذا التصريح بعد سنة من تاريخ التوقيع إذا كان ممثلي يقوم بالأنشطة التالية بالإنيابة عني: الاستئناف أو الرفض أو تحديد التغطية أو تحديد المؤسسة؛ قرار تم اتخاذه بشأن الحصول على تصريح أو دفع مقابل الرعاية الصحية.

توقيع الطرف الذي يسعى إلى التمثيل: _____

تاريخ التوقيع: _____ رقم الهاتف #: _____

العنوان: _____ تاريخ الميلاد: _____

عضو في UCare #: _____

إذا لم أتمكن من توقيع اسمي فعليًا على هذا النموذج، فيمكنني أن أطلب من شخص ما أن يوقع بالإنيابة عني.

الاسم المطبوع للشخص الذي أطلب منه التوقيع من أجلي: _____

توقيع الشخص الذي أطلب منه التوقيع من أجلي: _____

قبول الممثل: (يستكملة الممثل)

يقبل الشخص أدناه، الذي تم تعيينه ممثلًا في هذه الوثيقة، التعيين ممثلًا مسمى وفقًا لشروط وأحكام هذه الوثيقة.

الاسم المطبوع: _____

توقيع: _____

تاريخ التوقيع: _____

العنوان: _____

رقم الهاتف #: _____

إرجاع النموذج المكتمل إلى: UCare PO Box 52 مينيابوليس، فاكس 0052-MN 55440
البريد الإلكتروني: CLSS canReqInq@ucare.org | 6501-676-612

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 የሚተረጎምሎ አስተርጓሚ ከፈለጉ ከላይ ወደተጻፈው የስልክ ቁጥር ይደውሉ።

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

သတိ။ ဤတွဲရက်စာတမ်းအားအခမဲ့ဘာသာပြန်ပေးခြင်း အကူအညီလိုအပ်ပါက၊ အထက်ပါဖုန်းနံပါတ်ကိုခေါ်ဆိုပါ။

កំណត់សំគាល់ ។ បើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបកប្រែឯកសារនេះដោយឥតគិតថ្លៃ សូមហៅទូរសព្ទតាមលេខខាងលើ ។

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.

ဟ်သုန်ဟ်သးဘဉ်တက့ၢ်. ဝဲနမ့ၢ်လိဉ်ဘဉ်တၢ်မၤစၢၤကလီၤလၢတၢ်ကကျိးထံဝဲဒဉ်လံာ် တီလံာ်မိတခါအံၤန့ၢ်, ကိးဘဉ် လိတဲစိနီၢ်ဂံၢ်လၢထးအံၤန့ၢ်တက့ၢ်.

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

ໂປຣດຊາບ. ຖ້າທາກ ທ່ານຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແປເອກະສານນີ້ພຣີ, ຈົ່ງ ໂທໂປໂຫຼ໌ໝາຍເລກຂ້າງເທິງນີ້.

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.

إشعار الحقوق المدنية

التمييز مخالف للقانون. لا تميز شركة UCare على أساس أي مما يلي:

- العرق
- اللون
- الأصل القومي
- العقيدة
- الدين
- التوجه الجنسي
- حالة المساعدة العامة
- العمر
- الإعاقة (بما في ذلك الإعاقة الجسدية أو العقلية)
- النوع الاجتماعي (بما في ذلك القوالب النمطية للجنس والهوية الجنسية)
- الحالة الاجتماعية
- المعتقدات السياسية
- الحالة الطبية
- استلام خدمات الرعاية الصحية
- تجربة المطالبات
- التاريخ الطبي
- المعلومات الوراثية

المساعدات والخدمات الإضافية. تقدم شركة UCare الخدمات وأدوات المساعدة، مثل المترجمين الفوريين المؤهلين أو المعلومات في أشكال يسهل الوصول إليها، مجاناً وفي الوقت المناسب، لضمان تكافؤ الفرص للمشاركة في برامج الرعاية الصحية لدينا. **اتصل بشركة UCare على الرقم 3200-676-612 (صوت) أو 7225-203-800-1 (صوت)، 6810-676-612 (هاتف نصي)، أو 2534-688-800-1 (هاتف نصي).**

خدمات المساعدة اللغوية. توفر شركة UCare الوثائق المترجمة وترجمة اللغة المنطوقة مجاناً وفي الوقت المناسب، في حالة ما إذا كانت خدمات المساعدة اللغوية ضرورية لضمان وصول عدد محدود من المتحدثين باللغة الإنجليزية بشكل مفيد إلى معلوماتنا وخدماتنا. **اتصل بشركة UCare على الرقم 3200-676-612 (صوت) أو 7225-203-800-1 (صوت)، 6810-676-612 (هاتف نصي)، أو 2534-688-800-1 (هاتف نصي).**

شكاوى الحقوق المدنية

لديك الحق في تقديم شكوى بشأن التمييز إذا كنت ترى أن شركة UCare قد عاملتك بطريقة فيها تمييز. يمكنك الاتصال بأي من الوكالات الأربع التالية مباشرة لتقديم شكوى بشأن التمييز.

مكتب الحقوق المدنية (OCR) التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية

لديك الحق في تقديم شكوى إلى مكتب الحقوق المدنية (OCR)، وهو وكالة اتحادية، إذا كنت ترى أنك تعرضت للتمييز بسبب أي مما يلي:

- العرق
- اللون
- الأصل القومي
- العمر
- الإعاقة
- النوع الاجتماعي
- الدين (في بعض الحالات)

اتصل بـ مكتب الحقوق المدنية (OCR) مباشرة لتقديم شكوى:

مكتب الحقوق المدنية (OCR) التابع لوزارة الصحة
والخدمات الإنسانية الأمريكية

200 Independence Avenue SW

Room 515F

HHH Building

Washington, DC 20201

مركز استجابة العملاء: الرقم المجاني: 1019-368-800

-537-TDD 800

7697 البريد الإلكتروني: ocrmail@hhs.gov

وزارة حقوق الإنسان في مينيسوتا (MDHR)

في مينيسوتا ، يحق لك تقديم شكوى إلى وزارة حقوق الإنسان في مينيسوتا MDHR إذا كنت ترى أنك تعرضت للتمييز بسبب أي مما يلي:

- العرق
- اللون
- الأصل القومي
- الدين
- العقيدة
- النوع الاجتماعي
- التوجه الجنسي
- الحالة الاجتماعية
- حالة المساعدة العامة
- الإعاقة

اتصل بـ MDHR مباشرة لتقديم شكوى:

وزارة حقوق الإنسان في مينيسوتا

Fairview Avenue North 540

Suite 201

MN 55104 ، St. Paul

1100-539-651 (صوت)

3704-657-800 (رقم مجاني)

711 أو 3529-627-800 (MN ترحيل)

9042-296-651 (فاكس)

Info.MDHR@state.mn.us (البريد الإلكتروني)

وزارة الخدمات الإنسانية في مينيسوتا (DHS)

لديك الحق في تقديم شكوى إلى وزارة الخدمات الإنسانية في مينيسوتا (DHS) إذا كنت ترى أنك تعرضت للتمييز في برامج الرعاية الصحية لدينا بسبب أي مما يلي:

- العرق
- اللون
- الأصل القومي
- العقيدة
- الدين
- التوجه الجنسي
- حالة المساعدة العامة
- العمر
- الإعاقة (بما في ذلك الإعاقة الجسدية أو العقلية)
- النوع الاجتماعي (بما في ذلك القوالب النمطية للجنس والهوية الجنسية)
- الحالة الاجتماعية
- المعتقدات السياسية
- الحالة الطبية
- الحالة الصحية
- استلام خدمات الرعاية الصحية
- تجربة المطالبات
- التاريخ الطبي
- المعلومات الوراثية

يجب أن تكون الشكاوى مكتوبة ويتم تقديمها في غضون 180 يومًا من تاريخ اكتشافك للتمييز المزعوم. يجب أن تحتوي الشكاوى على اسمك وعنوانك وأن تصف التمييز الذي تشكو منه. بعد أن نحصل على شكاوك، سنراجعها ونخطر كتابتها بما إذا كان لدينا سلطة التحقيق. إذا كانت لدينا السلطة، فسوف نحقق في الشكاوى.

ستقوم وزارة الخدمات الإنسانية (DHS) بإخطارك كتابياً بنتيجة التحقيق. لديك الحق في استئناف النتيجة إذا كنت لا توافق على القرار. للاستئناف، يجب إرسال طلب خطي لجعل وزارة الخدمات الإنسانية (DHS) تراجع نتيجة التحقيق. كن موجزًا واذكر لماذا لا توافق على القرار. قم بتضمين معلومات إضافية تعتقد أنها مهمة.

إذا قمت بتقديم شكوى بهذه الطريقة، فإن الأشخاص الذين يعملون لدى الوكالة المذكورة في الشكاوى لا يمكنهم الانتقام منك. وهذا يعني أنهم لا يستطيعون معاقبتك بأي شكل من الأشكال على تقديم شكوى. لا يمنعك تقديم شكوى بهذه الطريقة من البحث عن إجراءات قانونية أو إدارية أخرى.

الاتصال بوزارة الخدمات الإنسانية (DHS) مباشرة لتقديم شكوى تمييز:

منسق الحقوق المدنية

وزارة الخدمات الإنسانية في مينيسوتا (DHS)

إدارة تكافؤ الفرص والوصول

مكتب البريد صندوق 64997

St. Paul، MN 55164-0997

3040-431-651 (صوت) أو استخدام خدمة ترحيل الاتصالات المفضلة لديك

إشعار شكوى UCare

لديك الحق في تقديم شكوى إلى شركة UCare إذا كنت ترى أنك تعرضت للتمييز في برامج الرعاية الصحية لدينا بسبب أي مما يلي:

- الحالة الطبية والحالة الصحية والحصول على خدمات الرعاية الصحية
- التجربة المطالبات والتاريخ الطبي والمعلومات الوراثية
- الإعاقة (بما في ذلك الإعاقة الجسدية أو العقلية) النوع الاجتماعي (بما في ذلك القوالب النمطية للجنس والهوية الجنسية)
- التوجه الجنسي الأصل القومي العرق اللون الدين العقيدة حالة المساعدة العامة والمعتقدات السياسية

يمكنك تقديم شكوى وطلب المساعدة في تقديم شكوى شخصيًا أو عن طريق البريد أو الهاتف أو الفاكس أو البريد الإلكتروني على:

شركة UCare

عناية: الاستئناف والتظلمات صندوق مكتب بريد رقم 52

مينيابوليس، 0052-MN 55440

الرقم المجاني: 7225-203-800

هاتف نصي: 2534-688-800-1

فاكس: 2021-884-612

البريد الإلكتروني: cag@ucare.org