

ЗАЯВЛЕНИЕ О НАЗНАЧЕНИИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

Я, _____, назначаю _____
(Имя участника) (Имя представителя)

в качестве моего представителя по вопросам, связанным с моим зачислением и участием в планах медицинского страхования UScare в изложенном далее порядке. Данное лицо будет моим агентом, и я наделяю его / ее полномочиями действовать за меня и от моего имени в той мере, в какой это указано в настоящем документе, так же, как мог(-ла) бы действовать я, если бы я присутствовал(-а). Я предоставляю своему представителю возможность совершать указанные далее действия посредством отметки в поле «Да». Отметка «Нет» означает, что мой представитель не уполномочен принимать такие решения. В отношении полей с отметкой «Да» мой представитель будет иметь соответствующие полномочия, начиная с даты подписания мной данного документа. Данное лицо сохранит за собой указанные полномочия, если я не смогу принимать эти решения самостоятельно.

Я понимаю, что если мой представитель не является поставщиком медицинских услуг или другой организацией, подпадающей под действие федеральных или применимых законов штата о защите конфиденциальности, моя конфиденциальная информация, полученная моим представителем в нижеизложенном порядке, может быть дополнительно раскрыта моим представителем без моего разрешения и может больше не быть защищена законами о конфиденциальности.

Да Нет

1. Я разрешаю своему представителю зарегистрировать меня в соответствующем плане UScare с уплатой любых применимых страховых взносов; выбрать определенные льготы в рамках такой политики; и контролировать удовлетворение всех страховых требований от моего имени.

Да Нет

2. Я разрешаю моему представителю принимать решения относительно моего участия в планах медицинского страхования UScare, включая изменение моей клиники первичной медико-санитарной помощи, обсуждение страховых требований и вопросов, связанных со страхованием, а также получение или обсуждение конфиденциальной медицинской информации обо мне и состоянии моего здоровья с представителями UScare. Я понимаю, что информация в моей медицинской карте может включать информацию, относящуюся к заболеваниям, передаваемым половым путем, синдрому приобретенного иммунодефицита (СПИД), вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ), поведенческим или психиатрическим услугам и лечению от алкогольной или наркотической зависимости.

(продолжение)

Да Нет

3. Я поручаю USCare отправлять всю корреспонденцию для участников плана медицинского страхования USCare моему представителю на его почтовый адрес, указанный ниже. Я хочу, чтобы мой представитель получал конфиденциальную информацию обо мне, в частности, информацию о страховых требованиях. Я понимаю, что если я отмечу поле «Да», представитель будет получать ВСЕ материалы для участников, обновления, уведомления о страховых взносах, информацию о претензиях и прочую корреспонденцию от моего имени. Я понимаю, что информация в моей медицинской карте может включать информацию, относящуюся к заболеваниям, передаваемым половым путем, синдрому приобретенного иммунодефицита (СПИД), вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ), поведенческим или психиатрическим услугам и лечению от алкогольной или наркотической зависимости.

Да Нет

4. Я разрешаю моему представителю принимать решения в моих наилучших интересах, в том числе в отношении прекращения участия в планах медицинского страхования USCare.

Да Нет

5. Другое (пожалуйста, объясните): _____

Кем приходится представитель. Мой представитель – это мой

_____ (супруг, родитель, ребенок, друг и т.д.)

Я понимаю, что, ставя свою подпись ниже, я даю другому лицу юридические полномочия принимать определенные решения за меня от моего имени. Я также понимаю, что USCare будет опираться на это разрешение при предоставлении личной информации моему представителю и внесении изменений в мой статус участника. Я понимаю, что могу в любое время отозвать эти разрешения, уведомив USCare о своем намерении в письменном виде. Тем не менее, я понимаю, что мой отзыв этого разрешения не повлияет на какие-либо действия, предпринятые USCare, или на любую информацию, которая уже была раскрыта USCare, на основании этого разрешения до того, как USCare фактически получил мой запрос на его отзыв.

Я понимаю, что USCare не обуславливает лечение, оплату, зачисление или право на получение льгот оформлением данной формы.

(продолжение)

Для вступления в силу данный документ должен быть заполнен и подписан мной и принят ниже моим представителем. Срок действия данного разрешения истекает через год с даты подписания, если мой представитель выполняет от моего имени следующие действия: обжалование, отказ, определение покрытия или определение организации; принятое решение о разрешении или оплате медицинского обслуживания.

Подпись стороны, желающей назначить представителя: _____

Дата подписания: _____ Номер телефона: _____

Адрес: _____ Дата рождения: _____

Номер участника UCare: _____

Если я физически не могу написать свое имя на этой форме, я могу попросить кого-либо подписать за меня.

Имя лица, которое я прошу подписать за меня, печатным шрифтом: _____

Подпись лица, которое я прошу подписать за меня: _____

СОГЛАСИЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ: (заполняет представитель)

Указанное ниже лицо, которое было назначено в настоящем документе в качестве представителя, принимает назначение в качестве указанного представителя в соответствии с положениями и условиями настоящего документа.

Имя и фамилия печатными буквами: _____

Подпись: _____

Дата подписания: _____

Адрес: _____

Номер телефона: _____

Вернуть заполненную форму: UCare PO Box 52 Minneapolis, MN 55440-0052

Факс: 612-676-6501 | Эл. почта: CLSScanReqInq@ucare.org

CV5 (MCOs) (5-2020)

Уведомление о гражданских правах

Дискриминация противоречит закону. UCare не допускает дискриминацию по любому из указанных ниже оснований:

- расовая принадлежность
- цвет кожи
- национальное происхождение
- вероисповедание
- религия
- сексуальная ориентация
- статус получателя социальной помощи
- возраст
- инвалидность (включая физические или психические патологии)
- пол (включая гендерные стереотипы и гендерную идентичность)
- семейное положение
- политические убеждения
- медицинское состояние
- состояние здоровья
- получение медицинского обслуживания
- ранее поданные страховые требования
- история болезни
- генетическая информация

Вспомогательные средства и услуги. UCare предоставляет вспомогательные средства и услуги, такие как квалифицированные переводчики или информация в доступных форматах, бесплатно и своевременно, чтобы обеспечить равные возможности для участия в наших программах здравоохранения. **Обращайтесь** в UCare по телефону 612-676-3200 (голосовые сообщения) или 1-800-203-7225 (голосовые сообщения), 612-676-6810 (TTY) или 1-800-688-2534 (TTY).

Услуги языковой помощи. UCare предоставляет переведенные документы и устный перевод на иностранные языки бесплатно и своевременно, когда услуги языковой помощи необходимы для обеспечения доступа к нашей информации и услугам для лиц, плохо владеющих английским языком. **Обращайтесь** в UCare по телефону 612-676-3200 (голосовые сообщения) или 1-800-203-7225 (голосовые сообщения), 612-676-6810 (TTY) или 1-800-688-2534 (TTY).

Жалобы о нарушении гражданских прав

Вы имеете право подать жалобу на дискриминацию, если считаете, что UCare допустил в отношении вас подобное отношение. Вы можете связаться с любым из следующих четырех ведомств напрямую, чтобы подать жалобу в связи с дискриминацией.

Управление по гражданским правам Министерства здравоохранения и социальных служб США (OCR)

Вы имеете право подать жалобу в OCR, которое является федеральным агентством, если вы считаете, что подверглись дискриминации по какой-либо из перечисленных причин:

- расовая принадлежность
- цвет кожи
- национальное происхождение
- возраст
- инвалидность
- пол
- религия (в некоторых случаях)

Обращайтесь непосредственно в **OCR** для подачи жалобы:

U.S. Department of Health and Human Services (Департамент здравоохранения и социального обеспечения США)

Управление по гражданским правам

200 Independence Avenue SW

Room 515F

ННН Building

Washington, DC 20201

Центр обслуживания клиентов, бесплатный номер: 800-368-1019

TDD 800-537-7697

Электронная почта: ocrmail@hhs.gov

Департамент по правам человека штата Миннесота (MDHR)

В штате Миннесота вы имеете право подать жалобу в MDHR, если полагаете, что подверглись дискриминации по какой-либо из следующих причин:

- расовая принадлежность
- цвет кожи
- национальное происхождение
- религия
- вероисповедание
- пол
- сексуальная ориентация
- семейное положение
- статус получателя социальной помощи
- инвалидность

Обращайтесь непосредственно в **MDHR** для подачи жалобы:

Minnesota Department of Human Rights

540 Fairview Avenue North

Suite 201

St. Paul, MN 55104

651-539-1100 (голосовые сообщения)

800-657-3704 (звонок бесплатный)

711 или 800-627-3529 (MN Relay)

651-296-9042 (факс)

Info.MDHR@state.mn.us (электронная почта)

Департамент социального обеспечения штата Миннесота (DHS)

Вы имеете право подать жалобу в DHS, если полагаете, что подверглись дискриминации в рамках наших программ медицинского обслуживания по какой-либо из перечисленных причин:

- расовая принадлежность
- цвет кожи
- национальное происхождение
- вероисповедание
- религия
- сексуальная ориентация
- статус получателя социальной помощи
- возраст
- инвалидность (включая физические или психические патологии)
- пол (включая сексуальные стереотипы и гендерную идентичность)
- семейное положение
- политические убеждения
- медицинское состояние
- состояние здоровья
- получение медицинского обслуживания
- ранее поданные страховые требования
- история болезни
- генетическая информация

Жалобы следует подавать в письменной форме в течение 180 дней с даты выявления предполагаемой дискриминации. В жалобе необходимо указать ваше имя и адрес, а также изложить дискриминацию, которая является основанием для жалобы. После получения вашей жалобы мы рассмотрим ее и уведомим вас в письменной форме о том, имеем ли мы полномочия на проведение расследования данной ситуации. Если имеем, то мы расследуем жалобу.

DHS уведомит вас в письменной форме о результатах расследования. Вы имеете право обжаловать результат, если вы не согласны с решением. Чтобы подать апелляцию, необходимо отправить в DHS письменный запрос о пересмотре результатов расследования. В лаконичной форме следует изложить причины, по которым вы не согласны с решением. Включите дополнительную информацию, которую вы считаете важной.

При использовании данного механизма подачи жалобы сотрудники указанного в ней агентства не смогут подвергнуть вас преследованиям. Это означает, что вы не подвергнетесь какому-либо наказанию за подачу жалобы. Подача жалобы таким образом не мешает вам пользоваться прочими юридическими или административными средствами защиты.

Обратитесь непосредственно в **DHS** для подачи жалобы на дискриминацию:

Civil Rights Coordinator (координатор по вопросам гражданских прав)

Minnesota Department of Human Services (Департамент социального обеспечения штата Миннесота)

Equal Opportunity and Access Division (Отдел равных возможностей и доступа)

P.O. Box 64997

St. Paul, MN 55164-0997

651-431-3040 (голосовая связь) или воспользуйтесь предпочитаемой службой коммутируемых сообщений для лиц с нарушениями слуха и речи

Уведомление о порядке подачи жалоб в UCare

Вы имеете право подать жалобу в UCare, если полагаете, что подверглись дискриминации в рамках наших программ медицинского обслуживания по какой-либо из перечисленных причин:

- медицинское состояние
- состояние здоровья
- получение медицинских услуг
- ранее поданные требования
- история болезни
- генетическая информация
- инвалидность (включая физические или психические патологии)
- семейное положение
- возраст
- пол (включая сексуальные стереотипы и гендерную идентичность)
- сексуальная ориентация
- национальное происхождение
- расовая принадлежность
- цвет кожи
- религия
- вероисповедание
- статус государственной помощи
- политические убеждения

Вы можете подать жалобу и обратиться за помощью в подаче жалобы лично или по почте, телефону, факсу или электронной почте по адресу:

UCare

Attn: Appeals and Grievances (Отдел рассмотрения жалоб и апелляций)

PO Box 52

Minneapolis, MN 55440-0052

Бесплатный номер: 1-800-203-7225

TTY: 1-800-688-2534

Факс: 612-884-2021

Электронная почта: sag@ucare.org