

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

CB5 (MCOs) (5-2020)

Thông báo về Quyền Công dân

Phân biệt đối xử là vi phạm pháp luật. UCare không phân biệt i x đ a trên b t k i u nào sau ày:

- ch ng t c
- màu da
- ngu ng c qu c gia
- tín ng ng
- tôn giáo
- khuynh h ng tình d c
- tình tr ng h tr công c ng
- tu i tác
- khuynh h ng tình d c khi m khuynh h ng th ch t ho c tình th n)
- tình d c (bao g m nh ki n gi i tính và b n d ng gi i)
- tình tr ng hôn nhân
- ni m tin chính tr
- tình tr ng y t
- tình tr ng s c kh e
- nh n d ch v ch m sóc s c kh e
- quá trình yêu c u òi b i hoàn b o hi m
- tỉ n s y t
- thông tin di truy n

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 v có quy n n p n khi u n i v phân bi t i x n u tin là mình ã b UCare phân bi t i x . Quý v có th liên h tr c ti p v i b t k c quan nào trong b n c quan sau ày n p n khi u n i phân bi t i x .

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

Quý v có quy n n p n khi u n i v i OCR, là c quan c a liên bang, n u tin là quý v ã b phân bi t i x vì b t k i u nào sau ày:

- ch ng t c
- màu da
- ngu ng c qu c gia
- tu i tác
- tình tr ng khuynh h ng gi i tính
- tôn giáo (trong m t s tr ng h p)

Liên hệ trực tiếp với **OCR** như sau:

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
Số điện thoại Khách hàng: Miễn cước: 800-368-1019
TDD 800-537-7697
Email: ocrmail@hhs.gov

Bộ Nhân Quyền Minnesota (MDHR)

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

- chủng tộc
- màu da
- ngôn ngữ/cộng đồng 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** như sau:

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 lý do nào sau đây:

- chủng tộc
- màu da
- ngôn ngữ/cộng đồng gia
- tín ngưỡng
- tôn giáo
- khuynh hướng tình dục
- tình trạng hỗ trợ công cộng
- tuổi tác
- khuyết tật (bao gồm cả suy giảm thị lực/thính thính)
- tình dục (bao gồm nhũ khoa giới tính và bản dạng giới)
- tình trạng hôn nhân
- niềm tin chính trị
- tình trạng y tế
- tình trạng sức khỏe
- nhu cầu dịch vụ chăm sóc sức khỏe
- quá trình yêu cầu bồi thường bảo hiểm
- tiếng nói
- thông tin di truyền

Khi bạn nộp đơn xin cấp giấy phép lái xe trong vòng 180 ngày kể từ ngày quý vị phát hiện ra hành vi phân biệt đối xử bất công của mình khi xin cấp giấy phép lái xe và mô tả về việc phân biệt đối xử mà quý vị đang trải qua. Sau khi nhận được đơn xin cấp giấy phép lái xe, chúng tôi sẽ xem xét và thông báo cho quý vị về việc chúng tôi có thể xem xét đơn xin của quý vị hay không. Nếu có, chúng tôi sẽ liên hệ với quý vị theo khi cần thiết.

DHS sẽ thông báo kết quả của đơn xin cấp giấy phép lái xe cho quý vị. Quý vị có quyền kháng nghị kết quả nếu không đồng ý với quy trình này. Nếu kháng nghị, quý vị phải yêu cầu bằng văn bản DHS soát xét lại kết quả của đơn xin cấp giấy phép lái xe. Hãy nêu nguyên nhân và nói rõ lý do tại sao quý vị không đồng ý với quy trình này. Bao gồm những thông tin bổ sung mà quý vị nghĩ là quan trọng.

Nếu quý vị nộp đơn xin cấp giấy phép lái xe theo cách này thì những người làm việc cho cơ quan có tên trong đơn xin cấp giấy phép lái xe 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 xin cấp giấy phép lái xe. Nếu nộp đơn xin cấp giấy phép lái xe 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** nếu nộp đơn xin cấp giấy phép lái xe phân biệt đối xử:
Giới thiệu viên Quy định Công dân
Bộ Dịch vụ Nhân sinh Minnesota
Ban Cố vấn và Tiếp cận Bình đẳng
P.O. Box 64997
St. Paul, MN 55164-0997
651-431-3040 (thoại)
hoặc số điện thoại dịch vụ tiếp nhận ưu tiên của quý vị

Thông báo Khiếu nại UCare

Quý vị có quyền nộp đơn xin cấp giấy phép lái xe UCare nếu tin rằng mình đã bị phân biệt đối xử trong các chương trình chăm sóc sức khỏe của chúng tôi vì bất kỳ lý do nào sau đây:

- tình trạng y tế
- trình độ học vấn
- nhu cầu dịch vụ chăm sóc sức khỏe
- quá trình yêu cầu bồi hoàn
- hình thức khuyết tật
- thông tin di truyền
- tình trạng khuyết tật (bao gồm các khiếm khuyết về thể chất hoặc tinh thần)
- tình trạng hôn nhân
- tu nghiệp
- tình dục (bao gồm nhân quyền, giới tính và bản dạng giới)
- khuynh hướng tình dục
- ngôn ngữ/cộng đồng
- chủng tộc
- màu da
- tôn giáo
- tín ngưỡng
- tình trạng hỗ trợ công cộng
- niềm tin chính trị

Quý vị có thể nộp đơn xin cấp giấy phép lái xe và yêu cầu giúp đỡ trong việc nộp đơn xin cấp giấy phép lái xe 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