



ការតែងតាំងអ្នកតំណាង

ប្រើប្រាស់ទម្រង់បែបបទនេះដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យ Blue Shield of California, Blue Shield of California Life & Health Insurance Company និងសហការីអាជីវកម្មរបស់ពួកគេ (ជាមួយហៅថា "Blue Shield") ដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យមានការណាត់ជួបតំណាងទាក់ទងនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យបុគ្គលនេះធ្វើសំណើណាមួយដើម្បីបង្ហាញ ឬដកហូតភស្តុតាង ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងដើម្បីទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងណាមួយទាក់ទងនឹងបណ្តឹងតវ៉ា បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងសាទុក្ខ ឬសំណើរបស់ខ្ញុំទាំងស្រុងជំនួសខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថា ព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រផ្ទាល់ខ្លួនទាក់ទងនឹងសំណើរបស់ខ្ញុំអាចត្រូវបានបញ្ចេញព័ត៌មានទៅដល់អ្នកតំណាងដែលបានបង្ហាញខាងក្រោម។

1. បុគ្គលដែលតែងតាំងអ្នកតំណាង ("សមាជិក")

ឈ្មោះសមាជិក៖

អាសយដ្ឋានសមាជិក៖

លេខ ID អ្នកជាវ៖

ខែថ្ងៃឆ្នាំកើត៖

2. តើនរណាជាអ្នកតំណាងដែលទទួលបានការតែងតាំង?

ឈ្មោះរបស់អ្នកទទួល៖

អាសយដ្ឋានរបស់អ្នកទទួល៖

ទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកទទួល ជាមួយសមាជិក៖

3. តើអ្វីជាគោលបំណងនៃការបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ? (គូសជីកយកមួយ)

ចាត់តាំងអ្នកតំណាង

លុបចោលការតែងតាំងអ្នកតំណាងដដែលមានសុរាប់

4. ការផុតកំណត់ និងការដកហូត

ការតែងតាំងអ្នកតំណាងនេះ នឹងនៅមានប្រសិទ្ធិភាពជាដដែល ចំនួនមួយឆ្នាំ ចាប់តាំងពីកាលបរិច្ឆេទ អ្នកបានចុះហត្ថលេខា (ខាងក្រោម) លុះត្រាតែកាលបរិច្ឆេទខុសគ្នា បានបញ្ជាក់នៅទីនេះ៖ ____/____/____

អ្នកមានសិទ្ធិដកហូតការតែងតាំងអ្នកតំណាងនេះនៅពេលណាក៏បានតាមរយៈសេចក្តីជូនដំណឹងទៅដល់ Blue Shield ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ ការដកហូត នូវការតែងតាំងអ្នកតំណាងនេះ នឹងមិនប៉ះទង្គិចព័ត៌មាន ដែលយើងប្រើ ឬបើកសំដែងនៅមុនពេលយើងទទួលសំណើរបស់អ្នក ដើម្បីដកហូតឡើយ។ បើសិនការតែងតាំងអ្នកតំណាងនេះ បានឱ្យដោយមាតាបិតា ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ ក្នុងនាមនៃអនីតិជន វានឹងផុតកំណត់ នៅខួបកំណើតទីដប់ប្រាំបី របស់អនីតិជន។

5. ហត្ថលេខារបស់សមាជិក និងអ្នកតំណាង

ខ្ញុំបានអានទម្រង់បំពេញនេះ និងបានយល់ដឹង ហើយក៏យល់ព្រមចំពោះលក្ខខណ្ឌរបស់វា។ ខ្ញុំបង្គាប់ឱ្យ Blue Shield of California ដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យមានការណាត់ជួបតំណាងដើម្បីប្រើប្រាស់ ឬបញ្ចេញព័ត៌មានដល់អ្នកទទួលបាន កត់សម្គាល់ដូចដែលបានណែនាំខាងលើ។ នេះអាចនឹងរួមមាន ព័ត៌មានសុខភាព ដូចជា ការរំលោភគ្រឿងញៀន, សុខភាពផ្លូវចិត្ត, សុខភាពភរិយាបថ, ការធ្វើតេស្តជោសន្តាន, និងស្ថានភាពជំងឺ HIV/AIDS។ ខ្ញុំយល់ថា នៅពេលដែលព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំត្រូវបានបញ្ចេញ ព័ត៌មាននោះអាចត្រូវបានបញ្ចេញបន្តដោយអ្នកទទួល និងអាចលែងមានការការពារដោយច្បាប់ស្តីពីភាពឯកជន រួមទាំងច្បាប់ស្តីពីគណនេយ្យភាព និងការបន្តទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់សហព័ន្ធឆ្នាំ 1996។ ខ្ញុំយល់ថា Blue Shield អាចនឹងមិនដាក់លក្ខខណ្ឌការទូទាត់ប្រាក់ ការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងថែទាំសុខភាព ឬសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ស្តីពីថាតើខ្ញុំចុះហត្ថលេខាលើការតែងតាំងតំណាងនេះឬអត់។

ហត្ថលេខាសមាជិក

កាលបរិច្ឆេទ

ឈ្មោះសមាជិក (សរសេរជាអក្សរធំ)

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម ខ្ញុំបានអានទម្រង់បែបបទនេះ ហើយទទួលយកការតែងតាំងខាងលើ។

ហត្ថលេខាអ្នកតំណាង

កាលបរិច្ឆេទ

ឈ្មោះអ្នកតំណាង (សរសេរជាអក្សរធំ)

អ្នកតំណាងផ្លូវច្បាប់ ឬអាណាព្យាបាល

បុរសិទ្ធិម្យ៉ាងបែបបទនេះត្រូវបានចុះហត្ថលេខាដោយអ្នកជួសជុលក្រៅពីសមាជិក ឬឪពុកម្តាយរបស់អនីតិជន ដូចជា អ្នកតំណាងផ្ទាល់ខ្លួន/ផ្តល់ច្បាប់ អាណាព្យាបាល ឬអ្នកបុរិសកម្មភាព អ្នកក៏ត្រូវដាក់បញ្ជូនឯកសារផ្តល់ច្បាប់ ដល់បង្កហាញពីសិទ្ធិអំណាចរបស់អ្នកផងដែរ ដើម្បីធ្វើសកម្មភាពជំនួសឱ្យសមាជិក (ឬមតិរបស់សមាជិក) ដើម្បីបញ្ចេញព័ត៌មានសុខភាព។ ឯកសារបែបនេះអាចរួមមាន ឧទាហរណ៍៖

1. សិទ្ធិតំណាងសុំបញ្ជូននៃការថែទាំសុខភាពរយៈពេលយូរ
2. ឯកសារបញ្ជូនបុរសិទ្ធិដល់មានសុពលភាពរបស់អាណាព្យាបាលដល់បង្កគាប់បញ្ជាជាដោយតុលាការ ឬ
3. ឯកសារបញ្ជូនផ្តល់ឱ្យតែមានសុពលភាពដល់បង្កហាញពីសិទ្ធិអំណាចរបស់អ្នកក្នុងការធ្វើសកម្មភាពជំនួសឱ្យសមាជិក (ឬមតិរបស់សមាជិក)

ឈ្មោះរបស់អ្នកតំណាង (អកុសរពុម្ពព)៖ _____

ទំនាក់ទំនង ជាមួយសមាជិក៖ _____

បុរកទេនឯកសារ បានបញ្ជូន៖ _____

រក្សាចុះហប់ចម្ងល់នៃម្តងបែបទតងៃតាំងអ្នកកំណាងសម្រាប់កំណត់ត្រារបស់អ្នក

ផ្សំទំរង់បំពេញ ការតងៃតាំងអ្នកកំណាង ដលៃហានបំពេញចប់ និងហានចុះហត្ថលេខា ត្រឡប់ទៅ៖

Blue Shield of California Customer Care
P.O. Box 272540
Chico, CA 95927-2540

The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability.

La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental.

本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。