

प्रतिनिधि की नियुक्ति

Blue Shield of California, Blue Shield of California Life & Health Insurance Company और उनके व्यावसायिक सहयोगियों (सामूहिक रूप से "Blue Shield") को मेरी अपील या शिकायत के संबंध में प्रतिनिधित्व की नियुक्ति की अनुमति देने हेतु अधिकृत करने के लिए इस फॉर्म का उपयोग करें। मैं इस व्यक्ति को मेरे बदले में पूरी तरह से कोई भी अनुरोध करने; साक्ष्य प्रस्तुत करने या प्राप्त करने; अपील की जानकारी प्राप्त करने; और अपने दावे, अपील, शिकायत, या अनुरोध के संबंध में कोई भी नोटिस प्राप्त करने के लिए अधिकृत करता/ती हूँ। मैं समझता/ती हूँ कि मेरे अनुरोध से संबंधित व्यक्तिगत मेडिकल जानकारी नीचे बताए गए प्रतिनिधि को बताई जा सकती है।

1. प्रतिनिधि नियुक्त करने वाला व्यक्ति ("सदस्य")

सदस्य का नाम:

सदस्य का पता:

ग्राहक आईडी नंबर:

जन्म की तारीख:

2. नियुक्त प्रतिनिधि कौन है?

प्राप्तकर्ता का नाम:

प्राप्तकर्ता का पता:

सदस्य के साथ प्राप्तकर्ता का संबंध:

3. इस फॉर्म को भरने का उद्देश्य क्या है? (किसी एक विकल्प पर निशान लगाएं)

- एक प्रतिनिधि नियुक्त करें
- प्रतिनिधि की मौजूदा नियुक्ति को रद्द करें

4. समाप्ति और निरस्तीकरण।

यह प्रतिनिधित्व की नियुक्ति आपके द्वारा (नीचे) हस्ताक्षर किए जाने की तारीख से एक वर्ष तक प्रभावी रहेगी जब तक कि यहाँ एक अलग तारीख निर्दिष्ट नहीं की जाती है: ___/___/___

आपके पास किसी भी समय Blue Shield को लिखित रूप में सूचित करके इस प्रतिनिधित्व की नियुक्ति को रद्द करने का अधिकार है। इस प्रतिनिधित्व की नियुक्ति को रद्द करने से आपके निरस्तीकरण अनुरोध प्राप्त होने से पहले हमारे द्वारा उपयोग की जाने वाली या प्रकट की गई जानकारी प्रभावित नहीं होगी। यदि यह प्रतिनिधित्व की नियुक्ति किसी नाबालिग की ओर से माता-पिता या कानूनी अभिभावक की ओर से दी जाती है, तो यह नाबालिग के अठारहवें जन्मदिन पर समाप्त हो जाएगी।

5. सदस्य एवं प्रतिनिधि के हस्ताक्षर

मैंने इस फॉर्म को पढ़ लिया है और मैं इसकी शर्तों को समझता/समझती हूँ और इनसे सहमत हूँ। मैं Blue Shield of California उपरोक्त निर्देशनुसार लिखित प्राप्तकर्ता को जानकारी को उपयोग करने या प्रकट करने के लिए प्रतिनिधित्व की नियुक्ति की अनुमति देने का आदेश देता/ती हूँ। इसमें नशीले पदार्थों के सेवन, मानसिक स्वास्थ्य, व्यवहारिक स्वास्थ्य, आनुवंशिक टेस्टिंग और HIV/AIDS की स्थिति जैसी स्वास्थ्य संबंधी जानकारी शामिल हो सकती है। मैं समझता/ती हूँ कि एक बार मेरी जानकारी प्रकट हो जाने के बाद, इसे प्राप्तकर्ता द्वारा फिर से प्रकट किया जा सकता है और अब संघीय हेल्थ इंश्योरेंस पोर्टेबिलिटी एंड एकाउंटेबिलिटी एक्ट 1996 सहित निजता कानूनों द्वारा संरक्षित नहीं किया जा सकता है।

मैं समझता/ती हूँ कि मैं इस प्रतिनिधित्व की नियुक्ति पर हस्ताक्षर करता/ती हूँ या नहीं, Blue Shield भुगतान, हेल्थ प्लान में नामांकन, या लाभ के लिए इसे प्रभावित नहीं कर सकता।

सदस्य के हस्ताक्षर

तारीख

सदस्य का नाम (स्पष्ट अक्षरों में)

नीचे हस्ताक्षर करके, मैंने इस फॉर्म को पढ़ लिया है और एतद्वारा उपरोक्त नियुक्ति को स्वीकार करता/ती हूँ।

प्रतिनिधि के हस्ताक्षर

तारीख

प्रतिनिधि का नाम (स्पष्ट अक्षरों में)

कानूनी प्रतिनिधि या अभिभावक

यदि इस फॉर्म पर सदस्य या नाबालिग के माता-पिता के अलावा किसी अन्य व्यक्ति, जैसे व्यक्तिगत/कानूनी प्रतिनिधि, अभिभावक, या निष्पादक द्वारा हस्ताक्षर किए गए हैं, तो आपको कानूनी दस्तावेज भी जमा करना होगा जो सदस्य (या सदस्य के एस्टेट) की ओर से स्वास्थ्य जानकारी जारी करने हेतु कार्यवाही करने का अधिकार दर्शाता हो। ऐसे दस्तावेज में निम्न चीजें शामिल हो सकती हैं, उदाहरण के लिए:

1. ड्यूरेबल हेल्थकेयर पावर ऑफ अटॉर्नी
2. न्यायालय द्वारा आदेशित अभिभावकत्व का वर्तमान, वैध दस्तावेज; या
3. सदस्य (या सदस्य के एस्टेट) की ओर से कार्य करने का आपका अधिकार दिखाने वाले अन्य वैध कानूनी दस्तावेज

प्रतिनिधि का नाम (प्रिंट): _____

सदस्य से संबंध: _____

भेजे गए दस्तावेज का प्रकार: _____

अपने रिकॉर्ड के लिए प्रतिनिधि नियुक्ति फॉर्म की एक प्रति अपने पास रखें

पूरा भरा और हस्ताक्षर किया हुआ प्रतिनिधि नियुक्ति फॉर्म यहाँ वापस लौटाएँ:

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。