

**Fòm Estanda Eta New York pou Deziyen yon Repezantan
pou Ede ak Otorizasyon, Plent, Dolemans ak Apèl konsènan Asirans Sante***

Ou ka soumèt fòm sa a nan adrès oswa nimewo faks ki sou kat idantifikasyon manb ou a.

SEKSYON 1: ENFÒMASYON SOU MANB LAN AK REKLAMASYON AN			
Non Manb lan:			Dat Nesans:
Adrès:			
Vil:		Eta:	Kòd Postal:
Telefòn Rezidansyèl:		Telefòn Selilè:	
Imèl (opsyonèl):			
Non Konpayi Asirans lan:		ID Manb lan:	
# Reklamasyon an (si li aplikab):		# Gwoup la (si genyen):	
Deskripsyon Reklamasyon/Sèvis/Atik yo refize oswa pou Mande:			
SEKSYON 2: REPEZANTAN OTORIZE DEZIYEN			
Mwen menm, _____ (non, ekri an lèt detache), deziyen moun oswa moun oswa òganizasyon ki idantifye pi ba a kòm repezantan otorize mwen pou ede m depoze epi ede m avèk yon demann pre-otorizasyon, plent, dolemans, oswa apèl bay konpayi asirans mwen an, epi pou mande ak resevwa enfòmasyon ki gen rapò ak demann pre-otorizasyon, plent, dolemans, oswa apèl pou reklamasyon an, sèvis, oswa atik ki dekri pi wo a.			
Non:		Òganizasyon:	
Adrès:			
Vil:	Eta:	Kòd Postal:	Telefòn:
Relasyon ak Manb lan (si sa aplikab):		Imèl:	
SEKSYON 3: DAT EKSPIRASYON OTORIZASYON AN			
Otorizasyon sa a ekspire / / (mwa/jou/ane) OSWA apre evènman an:			
<i>Mwen konprann si mwen pa endike yon dat ekspirasyon oswa yon evènman, otorizasyon sa a ap rete an vigè jiskaskè mwen anile li alekri, jiskaskè yo rezoud demann otorizasyon anvan an, plent, dolemans oswa apèl la, oswa jiska 24 mwa apati dat mwen te siyen fòm sa a, dapre sa ki vini an premye.</i>			

SEKSYON 4: KONDISYON OTORIZASYON

Mwen konprann:

- Otorizasyon sa a volontè.
- Konpayi asirans mwen an p ap kondisyon enskripsyon mwen, kalifikasyon mwen, oswa peman mwen pou yon reklamasyon pou benefis sante ak otorizasyon sa a.
- Reprezantan mwen deziyen an kapab re-divilge enfòmasyon medikal mwen, epi si reprezantan mwen deziyen an pa yon founisè swen sante, enfòmasyon yo ka pa pwoteje ankò anba lwa ak règleman federal oswa eta a sou konfidansyalite.
- Mwen gen dwa anile otorizasyon sa a nenpòt ki lè, e mwen dwe anile li alekri. (Voye avi alekri nan adrès oswa nimewo faks sou kat idantite w la oswa konpayi asirans ou a endike a.)
- Nenpòt anilasyon pral antre an vigè imedyatman konpayi asirans mwen an resevwa avi alekri sou anilasyon mwen an. Mwen konprann anilasyon an pa pral afekte okenn aksyon konpayi asirans mwen an pran sou baz otorizasyon an anvan yo te resevwa avi alekri anilasyon mwen an.

SEKSYON 5: SIYATI

Siyati:

Dat:

Non, ekri an lèt detache:

Relasyon ak manb lan (si manb lan pa siyen):

Si w ap siyen kòm pwokirasyon, gadyen legal, oswa lòt reprezantan legal, bay yon kopi dokiman otorizasyon legal ou avèk fòm sa a.

* **Asirans Sante** gen ladan asirans sante konplè, asirans vizyon, ak asirans dantè.

Enpòtan:

- Moun ki enskri yo ki gen kouvèti Swen Jere Medicaid, Essential Plan, ak Child Health Plus, kapab itilize fòm sa a. Fòm sa a PA fèt pou manb ki gen lòt kouvèti Medicaid oswa Medicare. Kontakte konpayi asirans ou a/plan sante w la pou w jwenn yon fòm pou kouvèti sila, si sa nesèsè.
- Fòm sa a gendwa pa ase pou divilge sèten enfòmasyon sansib sou sante ki pwoteje anba lwa eta a oswa federal. Konpayi asirans ou a ka mande w ranpli yon otorizasyon separe pou divilge enfòmasyon sansib, tankou sante mantal, toksikomani, oswa enfòmasyon sou VIH/SIDA.
- Si ou te depoze yon apèl entèn epi konpayi asirans ou a te refize l, ou ka gen dwa ak yon apèl ekstèn. Ou ka nonmen yon moun deziyen pou depoze apèl ekstèn ou a. PA sèvi ak fòm sa a pou nonmen yon moun ki deziyen pou depoze yon apèl ekstèn. Ou ka jwenn enfòmasyon sou ki jan pou w depoze apèl ekstèn nan www.dfs.ny.gov/ExternalAppeal

Ou ka soumèt fòm sa a nan adrès oswa nimewo faks ki sou kat idantifikasyon manb ou a.