

Obowiązujący w stanie Nowy Jork standardowy formularz ustanowienia przedstawiciela reprezentującego daną osobę w zakresie autoryzacji, skarg, zażaleń i odwołań dotyczących ubezpieczenia zdrowotnego*

Formularz ten można przesłać na adres lub numer faksu podany na Państwa karcie członkowskiej.

DZIAŁ 1: INFORMACJE O CZŁONKACH I ROSZCZENIACH			
Imię i nazwisko członka:		Data urodzenia:	
Adres:			
Miejscowość:		Stan:	Kod pocztowy:
Nr tel. domowego:		Nr tel. komórkowego:	
Adres e-mail (opcjonalnie):			
Nazwa ubezpieczyciela:		Identyfikator członka:	
Nr roszczenia (jeśli dotyczy):		Nr grupy (jeśli istnieje):	
Opis roszczenia/usług/świadczeń materialnych odrzuconych lub będących przedmiotem wniosku:			
DZIAŁ 2: WYZNACZONY UPOWAŻNIONY PRZEDSTAWICIEL			
Ja, _____ (imię i nazwisko, drukowanymi literami), wyznaczam osobę/osoby lub organizację wskazane poniżej jako upoważnionego przeze mnie przedstawiciela, który pomoże mi złożyć wniosek o wstępną autoryzację, skargę, zażalenie lub odwołanie do mojego ubezpieczyciela oraz pozyskać informacje związane z wnioskiem o wstępną autoryzację, skargą, zażaleniem lub odwołaniem dotyczącym roszczenia, usług lub świadczeń materialnych opisanych powyżej.			
Imię (imiona) i nazwisko:		Organizacja:	
Adres:			
Miejscowość:	Stan:	Kod pocztowy:	Nr tel.:
Charakter relacji z członkiem (jeśli dotyczy):		Adres e-mail:	
DZIAŁ 3: DATA WYGAŚNIĘCIA UPOWAŻNIENIA			
<i>Mam świadomość tego, że jeśli nie podam daty końcowej lub określonego zdarzenia, niniejsze upoważnienie pozostanie w mocy do czasu odwołania go przeze mnie na piśmie, rozstrzygnięcia wniosku o wstępną autoryzację, skargi, zażalenia lub odwołania lub przez okres 24 miesięcy od daty podpisania przeze mnie niniejszego formularza, w zależności od tego, co nastąpi wcześniej.</i>			

DZIAŁ 4: WARUNKI UPOWAŻNIENIA

Mam świadomość tego, że:

- Upoważnienie to jest dobrowolne.
- Mój ubezpieczyciel nie będzie uzależniał mojej rejestracji, uznania uprawnień lub wypłaty roszczenia z tytułu świadczeń zdrowotnych od udzielenia przeze mnie niniejszego upoważnienia.
- Informacje dotyczące mojej sytuacji zdrowotnej mogą podlegać ponownemu ujawnieniu przez wyznaczonego przeze mnie przedstawiciela, a jeśli wyznaczony przeze mnie przedstawiciel nie jest świadczeniodawcą opieki zdrowotnej, informacje te mogą nie być już chronione przez federalne lub stanowe przepisy i regulacje dotyczące ochrony danych.
- Mam prawo wycofać niniejsze upoważnienie w dowolnym momencie, przy czym wycofanie upoważnienia musi mieć formę pisemną. (Należy wysłać pisemne powiadomienie na adres lub numer faksu podany na Państwa karcie identyfikacyjnej lub podany przez Państwa ubezpieczyciela.)
- Wycofanie upoważnienia wejdzie w życie natychmiast po tym, jak mój ubezpieczyciel otrzyma moje pisemne powiadomienie o tym fakcie. Mam świadomość tego, że wycofanie upoważnienia nie będzie miało wpływu na jakiegokolwiek działania podjęte przez mojego ubezpieczyciela w oparciu o upoważnienie przed otrzymaniem mojego pisemnego powiadomienia o wycofaniu upoważnienia.

DZIAŁ 5: PODPIS

Podpis:

Data:

Imię i nazwisko, drukowanymi literami:

Charakter relacji z członkiem (jeśli członek nie składa podpisu):

Jeśli składają Państwo podpis jako pełnomocnik, opiekun prawny lub inny przedstawiciel prawny, prosimy wraz z niniejszym formularzem dostarczyć kopię dokumentu upoważnienia prawnego.

* **Ubezpieczenie zdrowotne** obejmuje kompleksowe ubezpieczenie zdrowotne, ubezpieczenie wzroku i dentystyczne.

Ważna informacja:

- Z niniejszego formularza mogą korzystać osoby zarejestrowane w programie opieki zarządzanej Medicaid oraz programach Essential Plan i Child Health Plus. Niniejszy formularz NIE jest przeznaczony dla członków posiadających inne ubezpieczenie Medicaid lub Medicare. Prosimy skontaktować się ze swoim ubezpieczycielem/instytucją zarządzającą programem zdrowotnym w celu uzyskania, jeśli jest to wymagane, formularza dla odpowiedniego ubezpieczenia.
- Niniejszy formularz może nie być wystarczającą podstawą do ujawnienia pewnych wrażliwych informacji zdrowotnych chronionych przez prawo stanowe lub federalne. Ubezpieczyciel może poprosić Państwa o wypełnienie osobnego upoważnienia w celu ujawnienia poufnych informacji, takich jak informacje dotyczące zdrowia psychicznego, zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych lub HIV/AIDS.
- Jeśli złożyli Państwo odwołanie wewnętrzne i zostało ono odrzucone przez ubezpieczyciela, mogą mieć Państwo prawo do odwołania zewnętrznego. W celu złożenia odwołania zewnętrznego mogą Państwo wyznaczyć przedstawiciela. Prosimy NIE posługiwać się niniejszym formularzem w celu wyznaczenia przedstawiciela, który w Państwa imieniu ma złożyć odwołanie zewnętrzne. Informacje na temat składania odwołań zewnętrznych można znaleźć na stronie www.dfs.ny.gov/ExternalAppeal

Formularz ten można przesłać na adres lub numer faksu podany na Państwa karcie członkowskiej.