

# ФОРМА НАЗНАЧЕНИЯ ЛИЧНОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

## Важная информация

Как родитель, опекун или иной уполномоченный законом личный представитель вы имеете право на доступ к определенной медицинской информации о представляемом вами лице. Для этого вам необходимо предоставить или отправить документы, подтверждающие ваше право представлять участника плана. Заполните данную форму и отправьте ее вместе с подтверждающей документацией по адресу:

Partnership HealthPlan of California  
Attn: Member Services – Northern Region  
3688 Avtech Pkwy  
Redding, CA 96002  
(530) 223-2508

*ИЛИ*

Partnership HealthPlan of California  
Attn: Member Services – Southern Region  
4665 Business Center Drive  
Fairfield, CA 94534  
Факс: (707) 420-7580

Ниже приведены **примеры** необходимых документов:

**Родитель, осуществляющий или не осуществляющий опеку над ребенком по решению суда** — необходимо предоставить один из следующих документов:

- Приложение к решению о назначении опекунства с указанием времени опеки или посещения (форма FL-341)
- Постановления или распоряжения после слушания дела (форма FL-340)
- Решение суда (форма FL-180 или форма FL-250)
- Решение по договоренности или распоряжение об опеке и времени посещения детей (форма FL-355)

**Опекунство / усыновление** — необходимо предоставить один из следующих документов:

- Распоряжение об опеке над несовершеннолетним
- Решение об усыновлении (ADOPT-215)
- Свидетельство о рождении с указанием приемного родителя

**Опекунство над лицом с инвалидностью** — необходимо предоставить:

- Распоряжение об опекунстве над лицом с инвалидностью

**Исполнитель завещания** — необходимо предоставить:

- Судебно утвержденное завещание (форма DE-140) и письма (форма DE-150)

**Патронажная семья / Учреждение патронажного воспитания / Назначенная государством сиделка** — необходимо предоставить:

- Соглашение с патронажной семьей или Соглашение о помещении в учреждение патронажного воспитания и Форму раскрытия информации, подписанную агентством штата.

### Медицинский поверенный:

- Убедитесь в том, что предоставляемые вами документы подтверждают ваши полномочия принимать решения относительно медицинского обслуживания. Может потребоваться заявление от основного лечащего врача участника.

### Сведения об участнике

Имя:	Фамилия:
Адрес:	
Номер телефона: ( )	Дата рождения:
Ид. №/СIN участника:	

### Сведения о личном представителе

Имя:	Фамилия:
Адрес:	
Номер телефона: ( )	Дата рождения:

### Срок действия разрешения

<input type="checkbox"/> Срок действия разрешения истекает ровно через один год или в указанную дату (требуется дата): _____
<input type="checkbox"/> Дата следующего слушания суда: _____

### Поданные документы о юридических полномочиях

Отметьте поле напротив типа юридических полномочий личного представителя.

<input type="checkbox"/> Родитель несовершеннолетнего / осуществляющий опеку родитель	<input type="checkbox"/> Родитель несовершеннолетнего / не осуществляющий опеку родитель
<input type="checkbox"/> Законный опекун	<input type="checkbox"/> Приемный родитель
<input type="checkbox"/> Опекун лица с инвалидностью	<input type="checkbox"/> Медицинский поверенный
<input type="checkbox"/> Исполнитель завещания	<input type="checkbox"/> Патронажная семья / Учреждение патронажного воспитания
<input type="checkbox"/> Другое:	

## Подтверждение от личного представителя

Я, с учетом ответственности за предоставление заведомо ложных сведений, в соответствии с законом штата Калифорния подтверждаю, что указанные выше сведения являются верными и точными.

Подпись

Город, штат

Имя, фамилия печатными буквами

Дата

## Подтверждение поданных документов (для внутреннего использования РНС)

Прилагается ли копия  
документации?

Да

Нет

Тип прилагаемой документации:

Подтверждено сотрудником  
РНС:

Имя, фамилия:  
Отдел: