



個人代表申請表

本表單僅供**指派個人代表**之用，該代表將根據個人要求，獲權與 Contra Costa Health Plan 討論或揭露受保護之健康資訊和其他福利資訊 (請完成第 1 節至第 3 節)。

如有任何問題，請致電會員服務部門，電話號碼：

1-877-661-6230 (按 2) (加州轉接/TTY/TDD 請撥打 1-800-735-2929)。

請將填妥的表單郵寄至：Contra Costa Health Plan, Member Services Department, 595 Center Avenue, suite 100, Martinez, CA 94553；或傳真至 925-313-6047；或透過電子郵件 (member.services@cchealth.org) 傳送給我們

第 1 節 - 會員身分	
姓名：(名字，中間名，姓氏，稱謂)	會員 ID 編號：
地址：(包含郵遞區號)	出生日期：(月/日/年)
住家電話號碼：(包含區碼)	日間電話號碼：(包含區碼)

第 2 節 - 關於個人代表的資訊		
姓名 # 1：(名字，中間名，姓氏)	出生日期：(月/日/年)	關係：
地址：(包含郵遞區號)	電話號碼：(包含區碼)	
姓名 # 2：(名字，中間名，姓氏)	出生日期：(月/日/年)	關係：
地址：(包含郵遞區號)	電話號碼：(包含區碼)	
姓名 # 3：(名字，中間名，姓氏)	出生日期：(月/日/年)	關係：
地址：(包含郵遞區號)	電話號碼：(包含區碼)	



第 3 節 - 會員指定個人代表

本人指定由第 2 節中所指明之人士作為本人的個人代表。如此，即表示本人授權 **Contra Costa Health Plan (CCHP)** 根據本人之個人代表的要求，向本人之個人代表揭露本人之健康資訊，使其得代表本人處理 **CCHP** 所提供之服務。此係對醫療保健資訊之揭露的全面授權，包括醫療保健維護記錄，以及醫療、外科、性傳染病、精神健康、酒品或其他藥物濫用之護理和治療記錄 (如有)。此授權亦適用於 **HIV** 檢測結果之揭露 (如有)。以上紀錄將揭露予本人之個人代表，惟不包含以下特定排除之資訊：

(首字母簽名) _____ 不包含 **HIV** 檢測結果

(首字母簽名) _____ 不包含藥物濫用療程資訊

(首字母簽名) _____ 不包含精神健康療程資訊

(首字母簽名) _____ 不包含其他資訊： _____

本人了解，本人得隨時以書面方式通知 **CCHP**，表示本人願撤銷對個人代表之任命，以撤銷本人之指派和健康資訊之揭露權；聯絡地址為：**Contra Costa Health Plan, Member Services Department, 595 Center Avenue, Suite 100, Martinez, CA 94553**，或傳真至 **925-313-6047**。

此個人代表指定到期日 (輸入月/日/年)： _____

(若無提供到期日，則此指定將生效至書面撤銷日止)。

會員簽名：	日期 (月/日/年)
-------	------------