



MCAP 授權代表表格

申請人姓名： _____

家庭成員編號： _____

本人將以下個人或組織委託為授權代表： _____

個人或組織名稱

個人或組織地址

本人授權以上個人或組織作為本人的授權代表說明如下，並在該表格簽署之日起生效（勾選所有適用項）。

作為本人的授權代表，在 Medi-Cal Access Program (MCAP) 申請中代表本人（唯一生效期是直到確定本人享受 MCAP 福利的資格後為止）。

作為本人的授權代表，在所有關於本人參加 MCAP 計劃的資格及報名參加的事宜上訴除外上代表本人。

作為本人的授權代表，在所有關於本人的 MCAP 申訴的事宜上代表本人。

作為本人的授權代表出於以下目的代表本人（指定您希望出於何種目的委托授權代表或附上文件說明這些目的）：

本委托授權以上個人或組織陪同、協助及代表本人執行以上指定的事宜。

本人授權以上個人或組織接收以下 MCAP 通訊，并在該表格簽署之日起生效（勾選所有適用項）。

所有關於本人的 MCAP 申請的通訊（唯一生效期是直到確定本人享受 MCAP 福利的資格後為止）。

所有關於本人參加 MCAP 計劃的資格及登記參加的事宜的通訊。

所有關於本人的 MCAP 申訴的通訊。

以下關於本人登記參加 MCAP 計劃的通訊（指定您希望授權代表接收的 MCAP 通訊或附上文件說明這些通訊）。

本人明白：

- 本人可隨時告知 MCAP 取消或更改該授權代表指定書。
- 本人的授權代表可隨時取消他/她/它作為本人的授權代表的委託。
- 本人的職責不會因委托授權代表而更改，而且本人仍然負責確保及時提供 MCAP 所需的所有資訊、驗證及回復。
- 本人必須承擔授權代表代表本人進行的各項事宜所導致的任何後果。
- 本人有權根據本人的意願選擇授權代表。

勾選此框並在下面簽字之後，本人確認已經委托一家組織作為本人的授權代表，並且該組織中的任何擁有在 MCAP 備案的 MCAP 授權代表標準協議的個人可代表本人執行授權的行為。

申請人簽名： _____ 日期： _____

只有在委托某個人作為您的授權代表時才需在下方簽名

授權代表簽名： _____ 日期： • _____

將該表格發送傳真或郵寄至：

傳真號碼： 1-888-889-9238

Medi-Cal Access Program
P.O. Box 15559
Sacramento, CA 95852-0559

如果您有任何問題，請致電Medi-Cal Access Program：1-800-433-2611，週一至週五，早上8:00至晚上8:00，週六早上8:00至下午5:00。這是免費電話。