MCAP 授權代表標準協議

授權代表名稱：_____

組織名稱：_____

地址： _____

電話號碼：_____

作爲授權代表，提供商、組織的員工或志願者必須在下方簽字。 一份簽字的授權代表標準協議必須在 Medi-Cal Access Program (MCAP) 中備案。 該協議自個人簽字之日起一年內有效。

勾選所有適用選項。

[ ] 本人確認，本人作為以上組織的授權代表，該組織已被指定爲受益人/申請人的授權代表並且不在本人的個人行爲能力範圍內。

[ ] 本人確認以上組織爲一家醫療保健提供商或機構。

[ ] 本人確認在委託以上組織之前，任何申請人/受益人已收到或應收到關于以上組織爲一家醫療保健提供商或機構以及由于該事實可能存在的任何潛在利益衝突的建議。

在下面簽字之後，本人在此確認接受作爲授權代表的委托並理解及同意：

- 申請人/受益人可隨時撤銷此授權，並委托另一名個人或另一個組織作爲他或她的授權代表。
- 本人無權代表申請人/受益人，除非在他或她的授權代表申請表格上有另行說明。
- 該授權代表標準協議不可轉移或重新分配給任何其他個人。
- 在未經申請人/受益人填寫並簽署新的授權代表委托表格前，授權代表的委托不可轉移或重新分配給其他個人或組織。

在下面簽字之後，本人保證：

- 本人並未取消作爲申請人的授權代表的資格。
- 本人將遵守約束授權代表的所有州及聯邦法律，包括但不限于關于資訊保密、禁止重新分配提供商要求以及利益衝突方面的法律規定。

在下面簽字之後，本人保證以上所述內容均真實準確，如若作出僞證，將根據加州法律受到處罰。

授權代表簽字：_____日期：_____