

FORM NG ITINALAGANG PERSONAL NA KINATAWAN

Mahalagang Impormasyon

Bilang magulang, tagapag-alaga, o iba pang legal na awtorisadong (aprubadong) personal na kinatawan, may karapatan kayong i-access ang ilang medikal na impormasyon tungkol sa indibidwal na awtorisado kayong katawanin. Kakailanganin ninyong magsumite (magpadala) ng dokumento na nagpapatunay ng inyong awtoridad na katawanin ang indibidwal. Kumpletuhin ang form na ito at ipadala ito nang may kasamang balidong dokumento sa:

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

O

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

Ang mga ito ay mga **halimbawa** ng mga uri ng dokumento na kakailanganin ninyong isumite:

Magulang na May Kustodiya/Walang Kustodiya – Mangyaring isumite ang isa sa sumusunod:

- Kalakip na Utos sa Kustodiya at Pagbibisita (Oras ng Magulang) (form FL-341)
- Mga Natuklasan at Utos Matapos ang Pagdinig (form FL-340)
- Hatol (form FL-180 o form FL-250)
- Pagtatakda at Utos para sa Kustodiya at/o Pagbisita ng mga Bata (Form FL-355)

Pagiging Tagapag-alaga/Pag-aampon – Mangyaring isumite ang isa sa sumusunod:

- Utos na Nagtatalaga ng Tagapag-alaga ng Bata
- Utos sa Pag-aampon (ADOPT-215)
- Sertipiko ng Kapanganakan na tumutukoy sa (mga) Nag-ampong Magulang

Conservatorship – Mangyaring isumite:

- Utos na Nagtatalaga ng Conservator

Administer of Estate/ Executor of Will – Mangyaring isumite:

- Utos para sa Probate (form DE-140) at Mga Sulat (form DE-150)

Foster Parent/Ahensiya ng Foster Care/Nurse ng Kalusugan ng Publiko – Mangyaring isumite :

- Kasunduan sa Foster Parent o Kasunduan sa Placement at Paglalabas ng Impormasyon na nilagdaan ng Ahensiya ng Estado.

Medical Power of Attorney:

- Mangyaring siguraduhin na binibigyan kayo ng dokumentong isusumite ninyo ng awtorisasyon na gumawa ng mga desisyon sa pangangalagang pangkalusugan. Maaaring kailangan ng pahayag mula sa pangunahing doktor ng Miyembro.

Impormasyon ng Miyembro

Pangalan:	Apelyido:
Address:	
Numero ng () Telepono:	Petsa ng Kapanganakan:
ID/CIN ng Miyembro:	

Impormasyon ng Personal na Kinatawan

Pangalan:	Apelyido:
Address:	
Numero ng () Telepono:	Petsa ng Kapanganakan:

Pagkawala ng Bisa ng Awtorisasyon

- Mawawalan ng bisa ang Awtorisasyong ito sa loob ng eksaktong isang taon o sa: _____
- Petsa ng susunod na pagdinig sa Korte: _____

Isinumiteng Dokumentasyon ng Legal na Awtoridad

Mangyaring lagyan ng tsek ang kahon sa tabi ng legal na awtoridad ng Personal na Kinatawan

<input type="checkbox"/> Magulang ng Bata/Magulang na May Kustodiya	<input type="checkbox"/> Magulang ng Bata/Magulang na Walang Kustodiya
<input type="checkbox"/> Legal na Tagapag-alaga	<input type="checkbox"/> Umampong Magulang
<input type="checkbox"/> Conservator	<input type="checkbox"/> Medical Power of Attorney
<input type="checkbox"/> Administer of Estate/Executor of Will	<input type="checkbox"/> Foster Parent/Ahensiya ng Foster Care
<input type="checkbox"/> Iba pa:	

Sertipikasyon ng Personal na Kinatawan

Pinatutunayan ko alinsunod sa parusa sa pagsisinungaling sa sinumpaang salaysay sa ilalim ng mga batas ng Estado ng California na ang naunang nabanggit ay totoo at tama.

_____	_____
Lagda	Lungsod, Estado
_____	_____
Iprint ang Pangalan	Petsa

Pagpapatunay sa Dokumentasyon (Gagamitin lamang ng PHC)

Nakalakiap ba ang Kopya ng Dokumentasyon?	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi
Uri ng Nakalakiap na Dokumentasyon:		
Pinatunayan ng Tauhan ng PHC:	Pangalan: Dept.:	