Εξουσιοδοτημένος εκπρόσωπος
Authorized Representative

Ο εξουσιοδοτημένος εκπρόσωπος είναι κάποιο άτομο που έχετε ορίσει να σας εκπροσωπεί όταν κάνετε αίτηση για επιδόματα ή όταν παραλαμβάνετε επιδόματα από το Υπουργείο Κοινωνικών και Υγειονομικών Υπηρεσιών (Department of Social and Health Services, DSHS) ή από την Αρχή Υγειονομικής Περίθαλψης (Health Care Authority, HCA). Το εν λόγω άτομο ή ο εν λόγω οργανισμός είναι εξουσιοδοτημένος να ενεργεί εξ ονόματός σας για τα δικαιώματά σας σε παροχές. Ο καθορισμός εξουσιοδοτημένου εκπροσώπου είναι προαιρετικός. Το DSHS ή η HCA δεν έχουν το δικαίωμα να αρνηθούν να σας χορηγήσουν τα επιδόματά σας αν δεν υπογράψετε το παρόν έντυπο.

Στοιχεία πελάτη

ΟΝΟΜΑ	ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΤΙΚΟ ΠΕΛΑΤΗ ACES

Στοιχεία εξουσιοδοτημένου εκπροσώπου

ΟΝΟΜΑ	ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΤΜΗΜΑ (ΑΝ ΙΣΧΥΕΙ)	ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ (ΚΩΔΙΚΟΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ)

ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	ΠΟΛΗ	ΠΟΛΙΤΕΙΑ	ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΑΣ

Πληροφορίες για το πρόγραμμα και τη διάρκεια

Σε ποιο πρόγραμμα (ή προγράμματα) θέλετε να ενεργήσει εξ ονόματός σας ο εξουσιοδοτημένος εκπρόσωπός σας; Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.

☐ Χρηματικά επιδόματα ☐ Επιδόματα βασικής σίτισης ☐ Υγειονομική κάλυψη ☐ Μακροπρόθεσμη προνοιακή κάλυψη

Πόσον καιρό θέλετε να ενεργήσει εξ ονόματός σας ο εξουσιοδοτημένος εκπρόσωπός σας;

☐ 90 ημέρες ☐ Ως το τέλος της περιόδου ισχύος του πιστοποιητικού (συνήθως ένα έτος)

Μπορείτε ανά πάσα στιγμή να αποσύρετε ή να ανακαλέσετε το αίτημά σας για εξουσιοδοτημένο εκπρόσωπο, προφορικά ή γραπτά, χωρίς να υπάρξει αντίκτυπος στα επιδόματά σας.

Πληροφορίες για θέματα αλληλογραφίας

Επιλέξτε το επίπεδο των πληροφοριών ή των επιδομάτων που θέλετε να παραλαμβάνει ο εξουσιοδοτημένος εκπρόσωπός σας.	FOR DEPARTMENT USE ONLY
Για μετρητά, βασική σίτιση, υγειονομική κάλυψη ή μακροπρόθεσμη πρόνοια (επιλέξτε μόνο ένα από τα τέσσερα πλαίσια παρακάτω)	
☐ Θα συζητά με εκπρόσωπο του DSHS/της HCA για τα επιδόματα που δικαιούμαι και δεν θα παραλαμβάνει επιστολές.	ECR
☐ Θα παραλαμβάνει επιστολές του DSHS/της HCA και θα συζητά για τα επιδόματα που δικαιούμαι.	Rep Type NO
☐ Θα παραλαμβάνει επιστολές του DSHS/της HCA και έντυπα ανανέωσης και θα συζητά για τα επιδόματα που δικαιούμαι.	AD
☐ Θα παραλαμβάνει επιστολές του DSHS/της HCA, έντυπα ανανέωσης, καταβεβλημένα ποσά και κάρτες ProviderOne και θα συζητά για τα επιδόματα που δικαιούμαι.	NA
Μόνο για υγειονομική κάλυψη (επιλέξτε κάποιο από τα παρακάτω πλαίσια αν ισχύει)	
☐ Εκπρόσωπος σε νοσοκομεία – θα παραλαμβάνει επιστολές και θα συζητά για τα επιδόματα που δικαιούμαι.	HO
☐ Χορηγός που καταβάλλει τα ασφάλιστρα. Το όνομα και η διεύθυνση του χορηγού που έχουν σταλεί το Γραφείο Οικονομικής Ανάκαμψης (Office of Financial Recovery).	SB

Εξουσιοδότηση πελάτη

Ο/Η ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΩΝ(ΟΥΣΑ) (ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΠΕΛΑΤΗ)	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΥΠΟΓΡΑΦΗΣ	ΟΝΟΜΑ ΟΛΟΓΡΑΦΩΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ (ΚΩΔΙΚΟΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ)

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Λόγω των περιορισμών της HIPAA δεν μας επιτρέπεται να συζητούμε με τον εξουσιοδοτημένο εκπρόσωπο για τις προσωπικές πληροφορίες του πελάτη που αφορούν την υγεία του εκτός αν ο εκπρόσωπος διαθέτει πληρεξούσιο για τον πελάτη ή αν ο πελάτης έχει υπογράψει DSHS 14-012, Έντυπο συγκατάθεσης. Το έντυπο αυτό καλύπτει την αποκάλυψη πληροφοριών για την ψυχική υγεία του πελάτη, τα αποτελέσματα εξετάσεων για HIV/AIDS και σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα (STD) ή τις υπηρεσίες θεραπευτικών αγωγών και αγωγών απεξάρτησης από χημικές ουσίες.

FOR DEPARTMENT USE ONLY
INSTRUCTIONS

ECR – There is no ACES AREP code that does not send letters. If the AREP does not wish to receive DSHS correspondence, code the AREP information in the ECR.

Rep Type – ACES does not limit the Rep Type selections to the codes listed above. If a program requires a Rep Type not listed above or if one of the above codes is selected but is not appropriate for the situation (such as for a group home, protective payee, etc.) enter the appropriate program specific Rep Type on the AREP screen.

Barcode label

14532