Washington State Department of Social & Health Services

ຜູ້ຕາງຫນ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດ
Authorized Representative

Washington State Health Care Authority

ຜູ້ຕາງຫນ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດແມ່ນຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ທ່ານແຕ່ງຕັ້ງເພື່ອຈະເປັນຕົວແທນຂອງທ່ານເມື່ອເວລາທ່ານຮ້ອງຂໍເອົາ ຫລື ຮັບເອົາການຊ່ວຍເຫລືອນຳກົມສັງຄົມສິງເຄາະ ແລະ ສາທາຣະນະສຸກ (DSHS) ຫລື ເຈົ້າຫນ້າທີ່ການປິ່ນປົວສຸຂະພາບ (HCA). ບຸກຄົນນີ້ ຫລື ອົງການນີ້ໄດ້ຖືກອະນຸຍາດໃຫ້ກະທຳໃນນາມຂອງທ່ານສຳລັບຈຸດປະສົງຂອງເງື່ອນໄຂຮັບເອົາ. ການມີຜູ້ຕາງຫນ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດແມນຕາມໃຈນັກ; ກົມ DSHS ຫລື HCA ບໍ່ສາມາດກັກເອົາການຊ່ວຍເຫລືອໄວ້ຖ້າຫາກว่าທ່ານບໍ່ເຊັນຊື່ໃສ່ຟອມໃບນີ້.

ລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບຜູ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ	
ຊື່	ເລກ ACES CLIENT ID

ລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບຜູ້ຕາງຫນ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດ		
ຊື່	ອົງການ ແລະ ກົມ (ຖ້າກ່ຽວຂ້ອງນຳ)	ເລກໂທຣະສັບ (ຣະຫັດເຂດ)
ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ	ເມືອງ	ຣັດ ຊິບໂຄດ

ລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບໂຄງການ ແລະ ຣະຍະເວລາ

ໂຄງການອັນໃດທີ່ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ຜູ້ຕາງຫນ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດຂອງທ່ານທີ່ຈະກະທຳໃນນາມຂອງທ່ານ? ຫມາຍໃສ່ທຸກໆຢ່າງທີ່ກ່ຽວນຳ.

☐ ການຊ່ວຍເຫລືອເງິນສົດ ☐ ການຊ່ວຍເຫລືອພະຍາບານ ☐ ການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານຈຳເປັນ ☐ ການຊ່ວຍເຫລືອພະຍາບານປິ່ນປົວຣະຍະຍາວ

ຄົນປານໃດທີ່ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ຜູ້ຕາງຫນ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດຂອງທ່ານທີ່ຈະກະທຳໃນນາມຂອງທ່ານ?

☐ 90 ວັນ ☐ ວັນສຸດທ້າຍຣະຍະເວລາອະນຸມັດ (ຕາມປົກກະຕິນຶ່ງປີ)

ທ່ານຈະຖອນ ຫລື ຍົກເລີກຄຳຮ້ອງຂໍສຳລັບຜູ້ຕາງຫນ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດຂອງທ່ານໄດ້ໃນທຸກໆເວລາ, ໂດຍທາງປາກເປົ່າ ຫລື ທາງຫນັງສື, ໂດຍປາສຈາກຜົນສະທ້ອນແນວໃດໃສ່ການຊ່ວຍເຫລືອ.

ລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບຫນັງສືຕິດຕໍ່ກັນ

ກະຣຸນາຫມາຍໃສ່ຣະດັບຂອງຣາຍລະອຽດ ຫລື ການຊ່ວຍເຫລືອທີ່ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ຜູ້ຕາງຫນ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດຂອງທ່ານທີ່ຈະຮັບເອົາ.	FOR DEPARTMENT USE ONLY
ສຳລັບເງິນສົດ, ການພະຍາບານ, ອາຫານຈຳເປັນ, ຫລື ການປິ່ນປົວຣະຍະຍາວ (ຫມາຍໃສ່ແຕ່ອັນດຽວຂອງສີ່ບອກ້ຂ້າງລຸ່ມນີ້)	ECR
☐ ເວົ້າລົມເຣື່ອງເງື່ອນໄຂຮັບການຊ່ວຍເຫລືອຂອງຂ້າພະເຈົ້ານຳຜູ້ຕາງຫນ້າຂອງ DSHS/HCA ແລະ ບໍ່ຮັບເອົາຫນັງສື..	**Rep Type**
☐ ຮັບເອົາຫນັງສືຂອງ DSHS/HCA ແລະ ເວົ້າລົມເຣື່ອງເງື່ອນໄຂຮັບການຊ່ວຍເຫລືອຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.....	NO
☐ ຮັບເອົາຫນັງສືຂອາ DSHS/HCA, ໃບຟອມຕໍ່ໃຫມ່, ເວົ້າລົມເຣື່ອາເງື່ອນໄຂຮັບການຊ່ວຍເຫລືອຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.....	AD
☐ ຮັບເອົາຫນັງສືຂອງ DSHS/HCA, ໃບຟອມຕໍ່ໃຫມ່, ການຈ່າຍເງິນ, ບັດ ProviderOne ແລະ ເວົ້າລົມເຣື່ອງເງື່ອນໄຂຮັບ ການຊ່ວຍເຫລືອຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.....	NA
ສຳລັບການພະຍາບານເທົ່ານັ້ນ (ຫມາຍໃສ່ບອກ້ຢູ່ລຸ່ມນີ້ບອກ້ໃດກໍໄດ້ຖ້າກ່ຽວຂ້ອງນຳ)	
☐ ຜູ້ຕາງຫນ້າໂຮງພະຍາບານ - ຮັບເອົາຫນັງສື ແລະ ເວົ້າລົມເຣື່ອງເງື່ອນໄຂຮັບການຊ່ວຍເຫລືອຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.....	HO
☐ ຜູ້ຮັບປະກັນເອົາມາຈ່າຍຄ່າທຳນຽມ. ຊື່ ແລະ ທີ່ຢູ່ຂອງຜູ້ຮັບປະກັນເອົາມາຖືກສົ່ງໄປຫາຫ້ອງການກວບກູ້ເອົາເງິນຄືນ.....	SB

ການອະນຸຍາດຂອງຜູ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ

ຖືກອະນຸຍາດໃຫ້ໂດຍ (ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮັບ) ວັນທີເຊັນຊື່	ຊື່ຂຽນເປັນຕົວ	ເລກໂທຣະສັບ (ຣະຫັດເຂດ)

ຫມາຍເຫດ: ການຈຳກັດ HIPAA ກົດກັ້ນພວກເຮົາຈາກການເວົ້າລົມເຣື່ອງຣາຍລະອຽດກ່ຽວກັບສຸຂະພາບສ່ວນຕົວຂອງຜູ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອນຳຜູ້ຕາງຫນ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດນອກຈາກວ່າຜູ້ຕາງຫນ້າມີອຳນາດທະນາຍຄວາມສຳລັບຜູ້ຮັບ ຫລືວ່າ ຜູ້ຮັບມີໃບຟອມທີ່ຖືກເຊັນຊື່ໃສ່ແລ້ວ DSHS 14-012, Consent form. ອັນນີ້ລວມເອົາການເປີດເຜີຍຣາຍລະອຽດສຸຂະພາບໂຣກຈິດ, ຜົນອອກມາຂອງການກວດພະຍາດ HIV/AIDS ແລະ STD, ຫລື ການປິ່ນປົວ ແລະ ການປິ່ນປົວການຕິດສານເຄມີ.

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 ADATSA, group home, protective payee, etc.) enter the appropriate program specific Rep Type on the AREP screen.

Barcode label

14532