اسم المستفيد
رقم هوية WA Cares (إذا كان معلومًا)

المستخدِم المفوّض
Authorized User

ما المقصود بالمستخدِم المفوّض؟

المستخدِم المفوّض هو شخص تختاره أنت لتسمح له بالوصول إلى حسابك في برنامج WA Cares Fund لمساعدتك بتوجيه صريح منك وبمعرفتك الكاملة وبموافقتك وبتحكم منك.

ما الإجراءات التي يمكن للمستخدِم المفوّض اتخاذها؟

بعلمك وموافقتك، وبتوجيه صريح منك، وتحت سيطرتك الكاملة، يمكن للمستخدِم المفوّض فعل الآتي:

- الوصول إلى حسابك في WA Cares عبر الإنترنت باستخدام بيانات تسجيل الدخول الخاصة به.
- مساعدتك في الوصول إلى حسابك في WA Cares عبر الإنترنت والتنقل عبره، بما في ذلك ملء طلبات التقديم والنماذج عبر الإنترنت، وتحديد الاختيارات في حسابك في WA Cares بخصوص مزايا WA Cares عبر ملف تعريف المستخدم الخاص به.
- الوصول إلى معلوماتك التي يحميها قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمُساءلة (HIPAA) والمتاحة في حسابك في WA Cares.
- التواصل مع WA Cares حول طلب التقديم الخاص بك في WA Cares، وبشأن مزاياك لديها والخدمات التي تحصّلها منها.

الإجراءات التي لا يمكن للمستخدِم المفوّض اتخاذها:

- إدارة مزاياك في WA Cares بالنيابة عنك أو اتخاذ القرارات حول طلب التقديم الخاص بك في WA Cares أو بشأن مزاياك لديها أو الخدمات التي تحصّلها منها، من دون علمك أو موافقتك أو سيطرتك.
- التوقيع على أي طلب تقديم أو نماذج أو تصديقات أو إبرام أي اتفاقات مع أي شخص، بما في ذلك إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية أو مع مُقدِّمي الرعاية أو الخدمات الطبية الطويلة الأمد، بالنيابة عنك.
- الموافقة على التفويضات المُسبقة للخدمات التي يقدمها إليك بشكلٍ مباشر.

هل أنا بحاجة إلى مستخدِم مفوّض؟

كلا، لستَ مُلزمًا بتعيين مستخدِم مفوّض. فتعيين المستخدِم المفوّض اختياري ولن يؤثر بأي شكل في مزاياك أو أهليتك. تحق لك إزالة المستخدِم المفوّض في أي وقت عبر حسابك في برنامج WA Cares عبر الإنترنت أو عبر التواصل مع WA Cares.

هل المستخدِم المفوّض ممثل قانوني؟

المستخدِم المفوّض ليس ممثلاً قانونيًّا. فعلى خلاف الممثل القانوني، يمكن للمستخدِم المفوّض أن يساعدك فقط بتوجيهٍ صريحٍ منك، ولا يمكنه اتخاذ القرارات حول طلب التقديم الخاص بك، أو مزاياك أو الخدمات التي تتلقاها، أو مُقدِّمي الخدمات الذين تتلقى هذه الخدمات منهم. لن يقبل برنامج WA Cares توقيع مستخدِم مفوّض أو تصديقه أو موافقته بدلاً من موافقة المستفيد من دون توفُّر وثائق قانونية تدعم ذلك.

إذا كنت ترغب في تعيين شخص ما لامتلاك سلطة اتخاذ القرارات بالنيابة عنك، فعليك تقديم مستندات قانونية توضح تعيين ذلك الشخص لأداء مهمة ممثلك القانوني. يمكنك استخدام النموذج الخاص بك أو نموذج التوكيل الرسمي المحدود لمزايا برنامج WA Cares Fund.

ماذا إن كان لديّ بالفعل ممثل قانونيّ؟

إذا كان لديك بالفعل ممثل قانوني، فعليك تقديم نسخة من المستندات القانونية بهذا الصدد إلى برنامج WA Cares. يجب أن يحتفظ برنامج WA Cares بنُسخة من المستندات القانونية في الملف لكي تُتاح لممثلك القانوني إمكانية إدارة مزاياك بالنيابة عنك.

Barcode Label Here

اسم المستفيد
رقم هوية WA Cares (إذا كان معلومًا)

المستخدِم المفوّض
Authorized User

ملء هذا النموذج وتقديمه:	المعلومات التي ستحتاج إليها:
هناك ثلاث طرق لملء هذا النموذج وتقديمه: **عبر الإنترنت:** يمكن ملء إصدار إلكتروني وتوقيعه عبر حسابك في برنامج WA Cares عبر الإنترنت. **التحميل:** يُرجى إكمال هذا النموذج والتوقيع عليه، ثم تحميله إلى حسابك في WA Cares عبر الإنترنت. **الإرسال بالبريد العادي إلى:** DSHS The WA Cares Fund PO Box 45612 Olympia, WA 98504-5612	• اسمك الكامل • عنوانك ورقم هاتفك • رقم هويتك في WA Cares (إذا كان معلومًا) • الاسم الكامل للمستخدِم المفوّض ومعلومات التواصل معه. **أريد مساعدة بخصوص هذا النموذج:** تواصل مع WA Cares للحصول على المساعدة: **الاتصال الهاتفي:** 844-CARE4WA (844-227-3492) **زيارة:** www.wacaresfund.wa.gov **المساعدة اللغوية متاحة:** • خدمات الترجمة الفورية • خدمات لغة الإشارة • لغة برايل • إجراء مكالمة هاتفية لمستخدمي الهاتف النصي/هاتف الصُمّ على الرقم 1-800-833-6384

معلومات المستفيد

الاسم الكامل	رقم الهاتف	رقم هوية WA Cares
عنوان الشارع	المدينة	الولاية الرمز البريدي
عنوان البريد العادي (اختياري)	المدينة	الولاية الرمز البريدي

معلومات المستخدِم المفوّض

الاسم الكامل	رقم الهاتف	رقم هوية WA Cares
عنوان الشارع	المدينة	الولاية الرمز البريدي

لِكَم من الوقت ترغب أن يساعدك المستخدِم المفوّض؟

☐ عام واحد ☐ لا تاريخ انتهاء صلاحية ☐ تاريخ محدد:

الخصوصية

تمنع قيود قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمُساءلة (HIPAA) وغيره من قوانين الخصوصية برنامج WA Cares من مشاركة معلومات الحساب السرية أو المعلومات الصحية المحمية الخاصة بالمستفيد مع أي شخص ما لم يمنح المستفيد برنامج WA Cares إذنًا محددًا لمشاركة هذه المعلومات.-

عبر تعيين مستخدِم مُفوّض من خلال هذا النموذج، فإنك تمنح إذنًا لبرنامج WA Cares بمشاركة المعلومات التي يحميها قانون HIPAA مع المستخدِم المفوّض الذي عيّنته، بما في ذلك معلوماتك الصحية ومعلومات حسابك السرية، وكذلك معلومات طلبات التقديم الخاصة بك في برنامج WA Cares ومزايا WA Cares.

Barcode Label Here

اسم المستفيد
رقم هوية WA Cares (إذا كان معلومًا)

المستخدِم المفوّض
Authorized User

تفويض

عبر التوقيع على هذا النموذج، أقرُّ بالتالي:

أُعيّن الشخص السالف الذكر لأداء مهمة المستخدِم المفوّض مني لمساعدتي بخصوص المزايا المستحقة لي لدى برنامج WA Cares بالطريقة المبينة في هذا المستند فقط.

الشخص السالف الذكر ليس ممثلي القانوني ولا يجوز له اتخاذ أي قرارات بالنيابة عني بخصوص حسابي في برنامج WA Cares أو مزاياي لدى البرنامج بدلاً مني أو بالنيابة عني من دون مستندات قانونية توضح أن لديه من السلطة ما يكفل له القيام بذلك.

لن يقبل برنامج WA Cares توقيع الشخص السالف الذكر أو تصديقه أو موافقته على أي شيء بديلاً لي من دون مستندات قانونية توضح أن لديه من السلطة ما يكفل له القيام بذلك.

يجوز لبرنامج WA Cares مشاركة معلوماتي السرية، بما في ذلك ما يتعلق منها بطلب تقديمي في WA Cares ومزاياي لديه ومعلوماتي الصحية ذات الصلة، مع الشخص السالف الذكر.

سينتهي هذا التفويض في التاريخ المُحدَّد أعلاه أو إذا لم أعُد أمتلك الأهلية لتوجيه المستخدم المفوّض.

إذا تعذَّر على مقدم الطلب التوقيع، يجوز له التأشير بعلامة x بدلاً من ذلك ويجب الحصول على توقيع شاهد. يجب تقديم المستندات إلى WA Cares ليتسنى للممثل القانوني التوقيع عليها.

توقيع مُقدِّم الطلب	التاريخ	الاسم بخطٍ واضح	المدينة والولاية محلا التوقيع
توقيع الممثل القانوني (إن وُجد)	التاريخ	الاسم بخطٍ واضح	المدينة والولاية محلا التوقيع
توقيع الشاهد (إذا تم التوقيع بعلامة X)	التاريخ	الاسم بخطٍ واضح	المدينة والولاية محلا التوقيع

Barcode Label Here