授权用户
Authorized User

受益人姓名
WA Cares ID 号码（若知道）

什么是授权用户？

授权用户是您选择的、经您明确指示，并在您完全知情、同意和控制的情况下，协助您访问 WA Cares Fund 账户的人员。

授权用户可以做什么？

在您知情、同意、明确指示并全程控制的前提下，授权用户可以：

- 通过自己的登录信息访问您的WA Cares在线账户。
- 协助您访问和操作您的WA Cares在线账户，包括通过其自身用户资料协助填写在线申请和表格，以及在您的WA Cares账户中就您的福利金进行选择。
- 访问您WA Cares账户中受HIPAA保护的信息。
- 就您的WA Cares申请、福利金及服务与WA Cares进行沟通。

授权用户不得：

- 在未经您知情、同意、许可或控制的情况下，为您管理WA Cares福利金，或就您的WA Cares申请、福利金或服务作出决定。
- 代表您签署任何申请、表格、证明，或与任何方（包括社会福利服务部、长期护理或医疗服务提供者）签订任何协议。
- 为他们直接向您提供的服务审批预授权。

我需要授权用户吗？

不需要，您无需必须拥有授权用户。指定授权用户是可选的，且不会对您的福利金或资格产生任何影响。您可随时通过 WA Cares 在线账户或联系 WA Cares 移除授权用户。

授权用户是法定代表人吗？

授权用户并非法定代表人。与法定代表人不同，授权用户仅能在您的明确指示下提供协助，无权就您的申请、福利、所获服务或服务提供者作出决定。在无法律文件的情况下，WA Cares不会接受授权用户代替受益人签署文件、作出证明或表示同意。

如果您希望指定某人代表您作出决定，必须提供法律文件，证明该人被指定为您的法定代表人。您可以使用自己的表格，或使用 WA Cares Fund 福利金有限授权委托书表格。

如果我已经有法定代表人了怎么办？

如果您已经有法定代表人，可向 WA Cares 提供法律文件的复印件。为使法定代表人能够代表您管理福利金，WA Cares 必须留存您的法律文件副本。

Barcode Label Here

授权用户
Authorized User

受益人姓名
WA Cares ID 号码（若知道）

填写并提交本表格：	您需要提供的信息：
填写和提交本表格有三种方式： **在线申请：** 可通过您的WA Cares在线账户填写并签署电子版。 **上传：** 填写并签署本表格。上传至您的 WA Cares 在线账户。 **寄送至：** DSHS The WA Cares Fund PO Box 45612 Olympia, WA 98504-5612	• 您的全名 • 您的地址和电话号码 • 您的WA Cares ID号码（若知道） • 您的授权用户的全名和联系信息。 **填写本表格需要帮助：** 联系WA Cares寻求帮助： **致电：**844-CARE4WA (844-227-3492) **访问：**www.wacaresfund.wa.gov **提供语言协助：** • 语言翻译服务 • 手语服务 • 盲文 • TTY/TDD用户请拨打 1-800-833-6384

受益人信息

全名	电话号码	WA Cares ID 号码
街道地址	城市	州 邮政编码
邮寄地址（可选）	城市	州 邮政编码

授权用户信息

全名	电话号码	WA Cares ID 号码
街道地址	城市	州 邮政编码

您希望授权用户协助您多长时间？

☐ 一年 ☐ 无期限 ☐ 特定日期：

隐私

HIPAA的限制及其他隐私法规定，WA Cares不得向任何人分享受益人的机密账户信息或受保护健康信息，除非受益人明确授权WA Cares分享此类信息。

通过本表格指定授权用户，即表示您授权WA Cares向您指定的授权用户分享受HIPAA保护的信息，包括健康信息、机密账户信息，以及与WA Cares申请和WA Cares福利金相关的信息。

Barcode Label Here

授权用户
Authorized User

受益人姓名
WA Cares ID 号码（若知道）

授权

签署本表格，即表示我确认：

我指定上述个人作为我的授权用户，仅按本表格所述方式协助我处理WA Cares福利金相关事宜。

上述个人并非我的法定代表人，在无法律文件证明其有权限的情况下，不得代替我或代表我就我的WA Cares账户或福利金作出任何决定。

在无法律文件证明上述个人有权限的情况下，WA Cares不会认可其代替我签署任何文件、作出任何证明或表示任何同意。

WA Cares获准向上述个人分享我的机密信息，包括与我的WA Cares申请、福利金及相关健康信息有关的内容。

本授权将于上述指定日期终止，或在我丧失指示授权用户的能力时终止。

若申请人无法签名，可标记“X”代替，但须由见证人签名。若由法定代表人签署，须向 WA Cares 提供相关证明文件。

申请人签名	日期	工整填写姓名	签署地点（城市和州）
法定代表人 签名（如适用）	日期	工整填写姓名	签署地点（城市和州）
见证人签名 （如以 X 代替签名）	日期	工整填写姓名	签署地点（城市和州）

Barcode Label Here