DSHS WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

승인된 사용자
Authorized User

WA CARES FUND

수혜자 이름
WA Cares ID 번호(알고 있는 경우)

승인된 사용자란 무엇입니까?

승인된 사용자는 귀하의 명시적 지시에 따라, 그리고 귀하의 충분한 이해, 동의 및 통제 하에 귀하의 WA Cares Fund 계정에 접속하여 귀하를 도와주도록 귀하께서 선택하신 사람을 뜻합니다.

승인된 사용자는 무엇을 할 수 있습니까?

귀하의 이해와 동의 하에, 귀하의 명시적 지시와 통제에 따라 승인된 사용자는 다음을 할 수 있습니다.

- 본인의 로그인 정보를 이용하여 귀하의 온라인 WA Cares 계정에 접속할 수 있습니다.
- 온라인 신청서 및 양식 작성, 승인된 사용자 본인의 프로필을 통해 귀하의 WA Cares 계정에서 혜택에 관한 선택하기 등 귀하의 온라인 WA Cares 계정 접속과 탐색을 도울 수 있습니다.
- 귀하의 WA Cares 계정을 통해 이용할 수 있는 귀하의 HIPAA 보호 정보에 접속할 수 있습니다.
- 귀하의 WA Cares 신청, 혜택, 서비스와 관련하여 WA Cares와 소통할 수 있습니다.

승인된 사용자는 다음을 할 수 없습니다.

- 귀하의 이해와 동의 또는 통제 없이는 귀하의 WA Cares 혜택 관리 또는 귀하의 WA Cares 신청, 혜택, 서비스에 관한 결정을 내릴 수 없습니다.
- 귀하를 대신하여 신청서, 양식, 증명서에 서명할 수 없으며 보건사회복지부(Department of Social and Health Services) 또는 장기요양이나 의료 서비스 제공자와 귀하를 대신하여 계약을 체결할 수 없습니다.
- 귀하에게 직접 제공하는 서비스에 대한 사전 승인을 승인할 수 없습니다.

나에게 승인된 사용자가 꼭 필요합니까?

아니요, 승인된 사용자를 두는 것은 필수가 아닙니다. 승인된 사용자 지정은 선택 사항이며 귀하의 혜택이나 자격에 아무런 영향을 미치지 않습니다. 귀하는 온라인 WA Cares 계정을 통해, 또는 WA Cares 에 연락하셔서 언제든지 승인된 사용자를 해제하실 수 있습니다.

승인된 사용자는 법적 대리인입니까?

승인된 사용자는 법적 대리인이 아닙니다. 법적 대리인과 달리 승인된 사용자는 귀하의 명시적인 지시만 도와드릴 수 있으며 귀하의 신청, 혜택, 서비스에 관한 결정, 귀하에게 서비스를 제공하는 제공자에 대한 결정을 내릴 수 없습니다. WA Cares 는 법적 문서가 없는 경우 수혜자를 대신한 승인된 사용자의 서명이나 증명서, 동의를 인정하지 않습니다.

귀하를 대신하여 결정을 내릴 권한을 가진 사람을 지정하시려면, 그 사람을 귀하의 법적 대리인으로 명시한 법률 서류를 제공하셔야 합니다. 귀하는 본인의 양식이나 WA Cares Fund Benefits 용 제한 위임장(Limited Power of Attorney) 양식을 이용하실 수 있습니다.

이미 법적 대리인이 있다면 어떻게 됩니까?

귀하께 이미 법적 대리인이 있다면 법률 문서 사본을 WA Cares 에 제출하실 수 있습니다. WA Cares 는 귀하를 대신하여 귀하의 혜택을 관리할 법적 대리인에 관한 법률 문서 사본을 갖고 있어야 합니다.

Barcode Label Here

DSHS
WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

승인된 사용자
Authorized User

WA CARES FUND

수혜자 이름
WA Cares ID 번호(알고 있는 경우)

본 양식을 작성하고 제출해주십시오.	귀하께서 준비하실 정보:
본 양식을 작성하고 제출하는 방법은 세 가지입니다. **온라인:** 귀하의 온라인 WA Cares 계정을 통해 전자 버전을 작성하고 서명할 수 있습니다. **업로드:** 본 양식을 작성하고 서명해주십시오. 귀하의 온라인 WA Cares 계정에 업로드하십시오. **우편:** DSHS The WA Cares Fund PO Box 45612 Olympia, WA 98504-5612	• 귀하의 성명 • 귀하의 주소 및 전화번호 • 귀하의 WA Cares ID 번호(알고 있는 경우) • 귀하의 승인된 사용자 성명 및 연락처 정보. **이 양식을 작성하는데 도움이 필요합니다.** WA Cares에 도움을 문의하십시오. **전화:** 844-CARE4WA (844-227-3492) **방문:** www.wacaresfund.wa.gov **언어 지원 이용 가능:** • 언어 통역 서비스 • 수화 서비스 • 점자 • TTY/TDD 사용자 다이얼 1-800-833-6384

수혜자 정보

성명	전화번호	WA Cares ID 번호
도로 주소	시	주 우편 번호
우편 주소(선택)	시	주 우편 번호

승인된 사용자 정보

성명	전화번호	WA Cares ID 번호
도로 주소	시	주 우편 번호

승인된 사용자의 도움을 얼마나 오래 받으시겠습니까?

☐ 1 년 ☐ 만료일 없음 ☐ 지정된 날짜까지:

프라이버시

HIPAA 제한 및 기타 개인정보 보호법률에 따라 WA Cares는 수혜자가 WA Cares에게 이 정보를 공유하도록 허가하지 않은 한 수혜자의 기밀 계정 정보나 보호 대상이 되는 건강 정보를 다른 사람과 공유할 수 없습니다.

이 양식으로 허가된 사용자를 지정하시면 WA Cares에 건강 정보와 기밀 계정 정보 등 HIPAA 보호 정보와 WA Cares 신청 및 WA Cares 혜택에 관한 정보를 지정하신 승인된 사용자와 공유하도록 허가하시게 됩니다.

Barcode Label Here

승인된 사용자
Authorized User

수혜자 이름
WA Cares ID 번호(알고 있는 경우)

승인

본 양식에 서명하여 다음에 동의합니다.

본인은 위에 이름이 기재된 개인이 본인의 승인된 사용자로서 본문에 설명된 방식으로만 본인의 WA Cares 혜택을 지원하도록 지정합니다.

위에 이름이 기재된 개인은 본인의 법적 대리인이 아니며, 해당 개인의 권한을 보여주는 법적 문서가 없다면 본인을 대신하거나 본인을 대표하여 본인의 WA Cares 계정이나 혜택에 관한 결정을 내릴 수 없습니다.

WA Cares는 해당 개인에게 권한이 있음을 보여주는 법적 문서가 없다면, 본인을 대신한 위에 이름이 기재된 개인의 서명이나 증명서, 동의를 인정하지 않습니다.

WA Cares는 본인의 WA Cares 신청, 혜택, 관련 건강정보에 관한 본인의 기밀 정보를 위에 이름이 기재된 개인과 공유하도록 허가를 받았습니다.

이 승인은 위에 지정된 날짜에, 또는 본인이 더 이상 승인된 사용자에게 지시를 내릴 능력이 없을 때에 종료됩니다.

신청인이 서명을 할 수 없다면 “X”를 표시할 수 있으며 반드시 증인이 서명해야 합니다. 법적 대리인이 서명을 하기 위해서는 문서를 WA Cares 에 제출해야 합니다.

신청인 서명	날짜	이름(정자체로 기입)	서명 시 및 주
법적 대리인의 서명(해당하는 경우)	날짜	이름(정자체로 기입)	서명 시 및 주
증인 서명 (X 로 서명한 경우)	날짜	이름(정자체로 기입)	서명 시 및 주

Barcode Label Here