نام ذی‌نفع
شماره شناسایی WA Cares (در صورت اطلاع)

کاربر مجاز
Authorized User

کاربر مجاز چیست؟

کاربر مجاز شخصی است که شما انتخاب می‌کنید تا به حساب WA Cares Fund شما دسترسی داشته باشد تا طبق دستور صریح شما و با اطلاع، رضایت و کنترل کامل شما، به شما کمک کند.

کاربر مجاز چه کارهایی می‌تواند انجام دهد؟

با اطلاع و رضایت شما، طبق دستور صریح شما و تحت کنترل شما، یک کاربر مجاز می‌تواند:

- از طریق ورود به سیستم خود، به حساب آنلاین WA Cares شما دسترسی پیدا کند.
- به شما در دسترسی و کار با حساب آنلاین WA Cares خود کمک کند، از جمله تکمیل درخواست‌ها و فرم‌های آنلاین و انجام انتخاب‌ها در حساب WA Cares شما در مورد مزایای WA Cares از طریق نمایه کاربری خود.
- به اطلاعات محافظت‌شده شما تحت قانون HIPAA که در حساب WA Cares شما موجود است، دسترسی پیدا کند.
- در مورد درخواست، مزایا، و خدمات WA Cares شما با WA Cares ارتباط برقرار کند.

یک کاربر مجاز نمی‌تواند:

- مزایای WA Cares شما را برایتان مدیریت کند یا در مورد درخواست، مزایا، یا خدمات WA Cares شما بدون اطلاع، توافق، رضایت، یا کنترل شما، تصمیم بگیرد.
- هیچ‌گونه درخواست، فرم، اقرارنامه یا توافق‌نامه‌ای را با هیچ‌کس، از جمله با اداره خدمات اجتماعی و بهداشتی (DSHS) یا با ارائه دهندگان مراقبت‌های بلندمدت یا خدمات پزشکی، از طرف شما امضا کند.
- پیش‌تأییدیه برای خدماتی تأیید کند که مستقیماً به شما ارائه می‌شود.

آیا ملزم به داشتن کاربر مجاز هستم؟

خیر، شما ملزم به داشتن کاربر مجاز نیستید. تعیین کاربر مجاز اختیاری است و هیچ تأثیری بر مزایا یا واجد شرایط بودن شما، نخواهد داشت. شما می‌توانید در هر زمان از طریق حساب آنلاین WA Cares خود یا با تماس با WA Cares، یک کاربر مجاز را حذف کنید.

آیا کاربر مجاز یک نماینده قانونی است؟

کاربر مجاز یک نماینده قانونی نیست. برخلاف یک نماینده قانونی، کاربر مجاز فقط می‌تواند طبق دستور صریح شما، به شما کمک کند و نمی‌تواند در مورد درخواست، مزایا، خدماتی که دریافت می‌کنید، یا ارائه‌دهندگانی که آن خدمات را از آنها دریافت می‌کنید، تصمیم‌گیری کند. WA Cares امضا، اقرارنامه، یا رضایت کاربر مجاز را بدون مستندات قانونی به جای ذی‌نفع قبول نخواهد کرد.

اگر می‌خواهید شخصی را برای داشتن اختیار تصمیم‌گیری از طرف خود تعیین کنید، باید مدارک قانونی را ارائه دهید که تعیین آن شخص را به‌عنوان نماینده قانونی شما نشان دهد. می‌توانید از فرم خود یا فرم وکالت‌نامه محدود، برای مزایای WA Cares Fund استفاده کنید.

اگر از قبل نماینده قانونی داشته باشم، چطور؟

اگر از قبل نماینده قانونی دارید، می‌توانید یک نسخه از مدارک قانونی را به WA Cares ارائه دهید. WA Cares باید یک نسخه از مدارک قانونی شما را در پرونده داشته باشد تا نماینده قانونی شما بتواند مزایای شما را از طرف شما، مدیریت کند.

نام ذی‌نفع
شماره شناسایی WA Cares (در صورت اطلاع)

کاربر مجاز
Authorized User

این فرم را تکمیل و ارسال کنید:	**اطلاعاتی که نیاز خواهید داشت:**
سه راه برای تکمیل و ارسال این فرم وجود دارد: **آنلاین:** یک نسخه الکترونیکی را می‌توان از طریق حساب آنلاین WA Cares شما، تکمیل و امضا کرد. **بارگذاری:** این فرم را تکمیل و امضا کنید. در حساب آنلاین WA Cares خود بارگذاری کنید. **ارسال پستی به:** DSHS The WA Cares Fund PO Box 45612 Olympia, WA 98504-5612	• نام کامل شما • نشانی و شماره‌تلفن شما • شماره شناسایی WA Cares شما (در صورت اطلاع) • نام کامل و اطلاعات تماس کاربر مجاز شما. **برای تکمیل این فرم، به کمک نیاز دارم:** برای دریافت کمک، با WA Cares تماس بگیرید: **تماس بگیرید:** 844-CARE4WA (844-227-3492) **مراجعه حضوری:** www.wacaresfund.wa.gov **خدمات کمک‌زبانی موجود است:** • خدمات ترجمه شفاهی • خدمات زبان اشاره • بریل • کاربران TTY/TDD با شماره 1-800-833-6384 تماس بگیرند

اطلاعات ذی‌نفع

نام و نام خانوادگی	شماره‌تلفن	WA Cares ID Number
نشانی خیابان	شهر ایالت	کد پستی
نشانی پستی (اختیاری)	شهر ایالت	کد پستی

اطلاعات کاربر مجاز

نام و نام خانوادگی	شماره‌تلفن	WA Cares ID Number
نشانی خیابان	شهر ایالت	کد پستی

می‌خواهید کاربر مجاز شما تا چه مدت، به شما کمک کند؟

☐ یک سال ☐ بدون انقضا ☐ تا تاریخی مشخص:

حریم خصوصی

محدودیت‌های HIPAA و سایر قوانین حریم خصوصی، WA Cares را از به اشتراک گذاشتن اطلاعات محرمانه حساب یا اطلاعات حفاظت‌شده سلامت یک ذی‌نفع با هر کسی منع می‌کند، مگر اینکه ذی‌نفع اجازه‌ای صریح برای به اشتراک گذاشتن این اطلاعات به WA Cares داده باشد.-

با تعیین یک کاربر مجاز از طریق این فرم، شما به WA Cares اجازه می‌دهید اطلاعات محافظت‌شده تحت HIPAA، از جمله اطلاعات سلامت و اطلاعات محرمانه حساب، و همچنین اطلاعات مربوط به درخواست‌ها و مزایای WA Cares را با کاربر مجاز تعیین‌شده خود به اشتراک بگذارد.

نام ذی‌نفع
شماره شناسایی WA Cares (در صورت اطلاع)

کاربر مجاز
Authorized User

مجوز

با امضای این فرم، من تأیید می‌کنم که:

من فرد نامبرده در بالا را به‌عنوان کاربر مجاز خود تعیین می‌کنم تا فقط به روشی که در اینجا شرح داده شده است، در مورد مزایای WA Cares، به من کمک کند.

فرد نامبرده در بالا نماینده قانونی من نیست و نمی‌تواند به‌جای من یا از طرف من، هیچ تصمیمی در مورد حساب یا مزایای WA Cares من بگیرد، مگر اینکه مدارک قانونی مبنی بر داشتن اختیار آن فرد برای انجام این کار وجود داشته باشد.

WA Cares امضا، اقرارنامه، یا رضایت فرد نامبرده در بالا را برای هیچ چیزی به‌جای من قبول نخواهد کرد، مگر اینکه مدارک قانونی مبنی بر داشتن اختیار آن فرد برای انجام این کار وجود داشته باشد.

به WA Cares اجازه داده می‌شود اطلاعات محرمانه من، از جمله اطلاعات مربوط به درخواست، مزایا و اطلاعات سلامت مرتبط با WA Caresرا با فرد نامبرده در بالا به اشتراک بگذارد.

این مجوز در تاریخ مشخص‌شده در بالا یا در صورتی که من دیگر توان و صلاحیت هدایت کاربر مجاز را نداشته باشم، پایان می‌یابد.

اگر متقاضی قادر به امضا نباشد، می‌تواند با علامت «X» امضا کند و باید توسط یک شاهد امضا شود. برای اینکه توسط یک نماینده قانونی امضا شود، باید مدارک به WA Cares ارائه گردد.

امضای متقاضی	تاریخ	نام کامل	شهر و ایالت محل امضا
نماینده قانونی امضا (در صورت وجود)	تاریخ	نام کامل	شهر و ایالت محل امضا
امضای شاهد (در صورت امضا با علامت X)	تاریخ	نام کامل	شهر و ایالت محل امضا

Barcode Label Here