Уполномоченный пользователь
Authorized User

Имя и фамилия получателя льгот
Идентификационный номер WA CARES (если известен)

Что такое уполномоченный пользователь?

Уполномоченный пользователь — это лицо, которому вы разрешаете доступ к вашему счету WA Cares Fund, чтобы оно помогало вам по вашему явному указанию и с вашего полного ведома, согласия и под вашим контролем.

Что может делать уполномоченный пользователь?

С вашего ведома и согласия, по вашему явному указанию и под вашим контролем уполномоченный пользователь может:

- Получать доступ к вашей онлайн-учетной записи WA Cares через свой собственный профиль пользователя.
- Помогать вам в доступе и навигации по вашей онлайн-учетной записи WA Cares, включая заполнение онлайн-заявок и форм, а также совершать в вашей учетной записи WA Cares выбор в отношении ваших льгот WA Cares через свой собственный профиль пользователя.
- Получать доступ к вашей информации, защищенной HIPAA, доступной в вашей учетной записи WA Cares.
- Общаться с WA Cares по поводу вашей заявки, льгот и услуг WA Cares.

Уполномоченный пользователь не может:

- Управлять вашими льготами WA Cares от вашего имени или принимать решения относительно вашей заявки, льгот или услуг WA Cares без вашего ведома, согласия, разрешения или контроля.
- Подписывать любые заявки, формы, подтверждения или заключать любые соглашения с кем-либо, включая Департамент социального обеспечения и здравоохранения или поставщиков услуг по долгосрочному уходу или медицинских услуг, от вашего имени.
- Утверждать предварительное разрешение для услуг, которые он или она напрямую оказывает вам.

Нужен ли мне уполномоченный пользователь?

Нет, вы не обязаны иметь уполномоченного пользователя. Назначение уполномоченного пользователя является необязательным и не повлияет на ваши льготы или право на их получение. Вы можете удалить уполномоченного пользователя в любое время через свою онлайн-учетную запись WA Cares или связавшись с WA Cares.

Является ли уполномоченный пользователь законным представителем?

Уполномоченный пользователь не является законным представителем. В отличие от законного представителя, уполномоченный пользователь может помогать вам только по вашему явному указанию и не может принимать решения относительно вашей заявки, льгот, услуг, которые вы получаете, или поставщиков, от которых вы получаете эти услуги. WA Cares не принимает подпись, заверение или согласие уполномоченного пользователя вместо получателя услуг без юридически значимой документации.

Если вы хотите назначить кого-либо, кто будет иметь право принимать решения от вашего имени, вы должны предоставить юридические документы, подтверждающие назначение этого лица вашим законным представителем. Вы можете использовать свою собственную форму или форму «Ограниченная доверенность на получение льгот WA Cares Fund».

Что делать, если у меня уже есть законный представитель?

Если у вас уже есть законный представитель, вы можете предоставить копию юридической документации в WA Cares. WA Cares должна иметь копию юридической документации в архиве, чтобы ваш законный представитель мог управлять вашими льготами от вашего имени.

Barcode Label Here

Уполномоченный пользователь
Authorized User

Имя и фамилия получателя льгот	
Идентификационный номер WA CARES (если известен)	

Заполните и отправьте эту форму:	**Сведения, которые вам потребуются:**
Существует три способа заполнить и отправить эту форму: **Онлайн:** Вы можете заполнить электронную версию формы и подписать ее онлайн в вашей учетной записи WA Cares. **Загрузить:** Заполните и подпишите эту форму. Загрузите в вашу учетную запись WA Cares онлайн. **Отправьте по почте:** DSHS The WA Cares Fund PO Box 45612 Olympia, WA 98504-5612	• Укажите ваше полное имя и фамилию • Ваш адрес и номер телефона • Ваш идентификационный номер WA Cares (если известен) • Полное имя, фамилия и контактные данные вашего уполномоченного пользователя. **Мне нужна помощь, чтобы заполнить эту форму:** Обращайтесь в WA Cares за поддержкой: **По телефону:** 844-CARE4WA (844-227-3492) **Онлайн:** www.wacaresfund.wa.gov **Доступна языковая поддержка:** • Услуги переводчика на другой язык • Услуги перевода на жестовый язык • Шрифт Брайля • Только для пользователей TTY/TTD: 1-800-833-6384

Сведения о получателе льгот

Полные имя и фамилия	Номер телефона	Идентификационный номер WA Cares ID	
Адрес (улица и № дома)	Город	Штат	Почтовый индекс
Почтовый адрес (по желанию)	Город	Штат	Почтовый индекс

Сведения об уполномоченном пользователе

Полные имя и фамилия	Номер телефона	Идентификационный номер WA Cares ID	
Адрес (улица и № дома)	Город	Штат	Почтовый индекс

На какой срок вы разрешаете своему уполномоченному пользователю помогать вам?
☐ Один год ☐ Бессрочно ☐ До определенной даты

Конфиденциальность

Ограничения HIPAA и другие законы о конфиденциальности не позволяют WA Cares раскрывать конфиденциальную информацию из учетной записи получателя льгот или защищенную законом HIPAA медицинскую информацию кому-либо, за исключением случаев, когда получатель льгот дает WA Cares специальное разрешение на раскрытие этой информации.

Назначая уполномоченного пользователя с помощью этой формы, вы даете разрешение WA Cares на передачу информации, защищенной HIPAA, включая медицинскую информацию и конфиденциальную информацию из учетной записи, а также информацию, касающуюся заявлений, поданных в WA Cares и льгот WA Cares, вашему назначенному уполномоченному пользователю.

Barcode Label Here

Уполномоченный пользователь
Authorized User

Имя и фамилия получателя льгот
Идентификационный номер WA CARES (если известен)

Разрешение

Подписывая это форму, я признаю, что:

Я назначаю вышеуказанное лицо своим уполномоченным пользователем для оказания мне помощи в получении льгот WA Cares только в порядке, описанном в настоящем документе.

Вышеуказанное лицо не является моим законным представителем и не может принимать какие-либо решения относительно моей учетной записи WA Cares или льгот от моего имени или по моему поручению без юридических документов, подтверждающих, что это лицо имеет соответствующее право.

WA Cares не будет принимать подпись, заверение или согласие вышеуказанного лица от моего имени без юридических документов, подтверждающих, что это лицо имеет на это право.

WA Cares имеет право передавать вышеуказанном улицу мою конфиденциальную информацию, включая информацию о моем заявлении, поданном в WA Cares, льготах и связанную с этим медицинскую информацию.

Данное разрешение теряет силу в указанную выше дату или в случае, если я больше не имею возможности давать указания уполномоченному пользователю.

Если заявитель не может подписать документ, он может поставить отметку «X», и документ должен быть подписан свидетелем. Для подписания документов законным представителем необходимо предоставить WA Cares соответствующие документы.

Подпись заявителя	Дата	Имя и фамилия печатными буквами	Город и штат, в котором подписан документ
Законный представитель Подпись (если применимо)	Дата	Имя и фамилия печатными буквами	Город и штат, в котором подписан документ
Подпись свидетеля (если вместо подписи стоит X)	Дата	Имя и фамилия печатными буквами	Город и штат, в котором подписан документ

Barcode Label Here