Уповноважений користувач
Authorized User

Ім'я та прізвище бенефіціара
Ідентифікаційний номер WA Cares (якщо відомий)

Хто такий уповноважений користувач?

Уповноважений користувач — це особа, якій ви надаєте доступ до свого облікового запису WA Cares Fund, щоб допомагати вам за вашими чітко вираженими вказівками та з вашого повного відома, згоди та під вашим контролем.

Що може робити уповноважений користувач?

З вашого відома та згоди, за вашими чітко вираженими вказівками та під вашим контролем уповноважений користувач може:

- Отримувати доступ до вашого онлайн-облікового запису WA Cares через власний логін.
- Допомагати вам у доступі та роботі з вашим онлайн-обліковим записом WA Cares, зокрема заповнювати онлайн-заявки та форми, а також робити вибір у вашому обліковому записі WA Cares щодо ваших пільг WA Cares, використовуючи власний профіль користувача.
- Отримувати доступ до вашої інформації, захищеної HIPAA, доступної у вашому обліковому записі WA Cares.
- Зв’язуватися з WA Cares щодо вашої заявки, пільг та послуг WA Cares.

Уповноважений користувач не може:

- Керувати вашими пільгами WA Cares за вас або приймати рішення щодо вашої заявки, пільг чи послуг WA Cares без вашого відома, згоди, погодження чи контролю.
- Від вашого імені підписувати будь-які заяви, форми, підтвердження або укладати будь-які угоди з будь-ким, у тому числі з Департаментом соціального забезпечення та охорони здоров'я або з постачальниками послуг довгострокового догляду чи медичних послуг.
- Схвалювати попередні дозволи на надання послуг, які сам уповноважений користувач безпосередньо надає вам.

Чи потрібен мені уповноважений користувач?

Ні, ви не зобов'язані мати уповноваженого користувача. Призначення уповноваженого користувача є необов’язковим і не матиме жодного впливу на ваші пільги чи право на їх отримання. Ви можете видалити уповноваженого користувача будь-коли через свій онлайн-обліковий запис WA Cares або звернувшись до WA Cares.

Чи є уповноважений користувач законним представником?

Уповноважений користувач не є законним представником. На відміну від законного представника, уповноважений користувач може допомагати вам лише за вашими вказівками та не може приймати рішення щодо вашої заявки, пільг, послуг, які ви отримуєте, або постачальників, від яких ви отримуєте ці послуги. WA Cares не прийматиме підпис, підтвердження чи згоду уповноваженого користувача замість бенефіціара за відсутності відповідних юридичних документів.

Якщо ви бажаєте призначити когось, хто матиме повноваження приймати рішення від вашого імені, ви повинні надати юридичні документи, що підтверджують призначення цієї особи вашим законним представником. Ви можете скористатися власною формою або формою обмеженої довіреності на отримання пільг WA Cares Fund.

Що робити, якщо в мене вже є законний представник?

Якщо у вас вже є законний представник, ви можете надати копію юридичної документації до WA Cares. WA Cares повинні мати копію вашої юридичної документації, щоб ваш законний представник міг керувати вашими пільгами від вашого імені.

Уповноважений користувач
Authorized User

Ім'я та прізвище бенефіціара
Ідентифікаційний номер WA Cares (якщо відомий)

Заповніть та надішліть цю форму::	**Інформація, яка вам знадобиться:**
Існує три способи заповнити та надіслати цю форму: **Онлайн:** Електронну версію можна заповнити та підписати через ваш онлайн-обліковий запис WA Cares. **Завантажте:** Заповніть і підпишіть цю форму. Завантажте до свого онлайн-облікового запису WA Cares. **Надішліть на адресу:** DSHS The WA Cares Fund PO Box 45612 Olympia, WA 98504-5612	• Ваше повне ім’я • Ваша адреса та номер телефону • Ваш ідентифікаційний номер WA Cares (якщо відомий) • Повне ім'я та контактна інформація вашого уповноваженого користувача. **Мені потрібна допомога з цією формою:** Зверніться до WA Cares для отримання допомоги: **Телефонуйте:** 844-CARE4WA (844-227-3492) **Відвідайте:** www.wacaresfund.wa.gov **Доступна мовна допомога:** • Послуги перекладачів • Послуги жестової мови • Шрифт Брайля • Користувачам TTY/TDD слід набрати 1-800-833-6384

Інформація про бенефіціара

Повне ім'я	Номер телефону	Ідентифікаційний номер WA Cares	
Адреса, вулиця	Місто	Штат	Поштовий індекс
Поштова адреса (необов’язково)	Місто	Штат	Поштовий індекс

Інформація про уповноваженого користувача

Повне ім'я	Номер телефону	Ідентифікаційний номер WA Cares	
Адреса, вулиця	Місто	Штат	Поштовий індекс

Як довго ви хочете, щоб ваш уповноважений користувач допомагав вам?

☐ Один рік ☐ Без терміну дії ☐ Конкретна дата:

Конфіденційність

Обмеження HIPAA та інші закони про конфіденційність забороняють WA Cares передавати конфіденційну інформацію облікового запису бенефіціара або захищену медичну інформацію будь-кому, окрім випадків, коли бенефіціар надав WA Cares спеціальний дозвіл на передання цієї інформації.

Призначаючи уповноваженого користувача за допомогою цієї форми, ви надаєте дозвіл WA Cares на передачу вашому призначеному уповноваженому користувачеві інформації, захищеної HIPAA, включаючи медичну інформацію та конфіденційну інформацію про обліковий запис, а також інформацію щодо заявок та пільг WA Cares.

Barcode Label Here

Уповноважений користувач
Authorized User

Ім'я та прізвище бенефіціара
Ідентифікаційний номер WA Cares (якщо відомий)

Дозвіл

Підписуючи цю форму, я підтверджую, що:

Я призначаю вищезгадану особу своїм уповноваженим користувачем, щоб допомагати мені з моїми пільгами WA Cares виключно у спосіб, описаний у цьому документі.

Вищезазначена особа не є моїм законним представником і не може приймати жодних рішень щодо мого облікового запису WA Cares або пільг від мого імені без юридичних документів, що підтверджують, що ця особа має на це повноваження.

WA Cares не прийматиме підпис, підтвердження чи згоду вищезгаданої особи на будь-які дії від мого імені без юридичних документів, що підтверджують, що ця особа має на це повноваження.

WA Cares має право передавати мою конфіденційну інформацію вищезгаданій особі, включаючи інформацію щодо моєї заявки на участь у програмі WA Cares, інформацію щодо пільг та пов'язану медичну інформацію.

Термін дії цього дозволу закінчується у дату, зазначену вище, або якщо я більше не матиму можливості давати вказівки уповноваженому користувачу.

Якщо заявник не може поставити підпис, він може поставити позначку «X», і при цьому підпис також має поставити свідок. Щоб документи були підписані законним представником, їх необхідно направити до WA Cares.

Підпис заявника	Дата	Прізвище та ім'я друкованими літерами	Місто та штат, де було підписано
Підпис Законного представника (якщо застосовно)	Дата	Прізвище та ім'я друкованими літерами	Місто та штат, де було підписано
Підпис свідка (якщо підпис зроблено у вигляді X)	Дата	Прізвище та ім'я друкованими літерами	Місто та штат, де було підписано

Barcode Label Here