Người Được Ủy Quyền Sử Dụng
Authorized User

Tên Người Thụ Hưởng
Số ID của WA Cares (nếu có)

Người Được Ủy Quyền Sử Dụng là gì?

Người được ủy quyền sử dụng là người nào đó mà quý vị cho phép truy cập vào tài khoản WA Cares Fund để hỗ trợ quý vị theo chỉ dẫn rõ ràng của quý vị cùng với sự hiểu biết, đồng ý và kiểm soát toàn bộ của quý vị.

Người Được Ủy Quyền Sử Dụng có thể làm gì?

Với sự hiểu biết và đồng ý, theo chỉ dẫn rõ ràng, đồng thời dưới sự kiểm soát của quý vị, một người được ủy quyền sử dụng <u>có thể</u>:

- Truy cập vào tài khoản WA Cares trực tuyến của quý vị thông qua quá trình đăng nhập của riêng họ.
- Hỗ trợ quý vị truy cập và sử dụng tài khoản WA Cares trực tuyến của mình, bao gồm việc hoàn tất đơn xin và mẫu đơn trực tuyến, đồng thời thực hiện các lựa chọn trong tài khoản WA Cares về các phúc lợi WA Cares của quý vị thông qua hồ sơ người dùng của riêng họ.
- Truy cập thông tin được bảo vệ theo HIPAA hiện có trong tài khoản WA Cares của quý vị.
- Trao đổi với WA Cares về đơn xin, phúc lợi và dịch vụ WA Cares của quý vị.

Người được ủy quyền sử dụng <u>không thể</u>:

- Quản lý các phúc lợi WA Cares thay cho quý vị hoặc đưa ra quyết định về đơn xin, phúc lợi hoặc dịch vụ WA Cares mà không có sự hiểu biết, thỏa thuận, đồng ý hoặc kiểm soát của quý vị.
- Ký bất kỳ đơn xin, mẫu đơn, chứng nhận nào hoặc ký kết bất kỳ thỏa thuận nào với bất kỳ ai, bao gồm với Bộ Y Tế và Xã Hội hay các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc dài hạn hoặc dịch vụ y tế, thay mặt cho quý vị.
- Chấp thuận các yêu cầu phê duyệt trước đối với những dịch vụ do họ trực tiếp cung cấp cho quý vị.

Tôi có cần một Người Được Ủy Quyền Sử Dụng không?

Không, quý vị không cần phải có một người được ủy quyền sử dụng. Không bắt buộc phải chỉ định một người được ủy quyền sử dụng và sẽ không có bất kỳ ảnh hưởng nào đến các phúc lợi hoặc việc hội đủ điều kiện của quý vị. Quý vị có thể xóa bỏ người được ủy quyền sử dụng vào bất kỳ lúc nào thông qua tài khoản WA Cares trực tuyến của mình hoặc bằng cách liên hệ với WA Cares.

Người Được Ủy Quyền Sử Dụng có là Người Đại Diện Hợp Pháp không?

Người được ủy quyền sử dụng không phải là người đại diện hợp pháp. Không giống như người đại diện hợp pháp, người được ủy quyền sử dụng chỉ có thể hỗ trợ quý vị theo chỉ dẫn rõ ràng của quý vị và không thể đưa ra quyết định về đơn xin, phúc lợi, dịch vụ mà quý vị nhận được hoặc nhà cung cấp mà quý vị nhận các dịch vụ đó. WA Cares sẽ không chấp nhận chữ ký, chứng nhận hoặc sự đồng ý của người được ủy quyền sử dụng thay cho người thụ hưởng mà không cần giấy tờ pháp lý.

Nếu quý vị muốn chỉ định người nào đó có thẩm quyền đưa ra quyết định thay mặt cho quý vị, quý vị phải cung cấp tài liệu pháp lý chứng minh việc chỉ định người đó làm người đại diện hợp pháp của quý vị. Quý vị có thể sử dụng mẫu đơn riêng của mình hoặc mẫu giấy Ủy Quyền Có Giới Hạn đối với Các Phúc Lợi WA Cares Fund.

Nếu tôi đã có một Người Đại Diện Hợp Pháp thì sao?

Nếu quý vị đã có một người đại diện hợp pháp, quý vị có thể cung cấp một bản sao của tài liệu pháp lý cho WA Cares. WA Cares phải có một bản sao của tài liệu pháp lý lưu trong hồ sơ để người đại diện hợp pháp của quý vị quản lý các phúc lợi thay mặt cho quý vị.

Barcode Label Here

Người Được Ủy Quyền Sử Dụng
Authorized User

Tên Người Thụ Hưởng
Số ID của WA Cares (nếu có)

Hoàn tất và nộp mẫu đơn này:	**Thông tin quý vị sẽ cần:**
Có ba cách để hoàn tất và nộp mẫu đơn này: **Trực tuyến:** Quý vị có thể hoàn tất và ký một bản điện tử thông qua tài khoản WA Cares trực tuyến của mình. **Tải lên:** Hoàn tất và ký tên vào mẫu đơn này. Tải lên tài khoản WA Cares trực tuyến của quý vị. **Gửi đến:** DSHS The WA Cares Fund PO Box 45612 Olympia, WA 98504-5612	• Tên họ đầy đủ của quý vị • Địa chỉ và số điện thoại của quý vị • Số ID của WA Cares của quý vị (nếu có) • Tên họ đầy đủ và thông tin liên hệ của người được ủy quyền sử dụng của quý vị. **Tôi cần trợ giúp mẫu đơn này:** Liên hệ với WA Cares để được hỗ trợ: **Gọi:** 844-CARE4WA (844-227-3492) **Truy cập:** www.wacaresfund.wa.gov **Hỗ trợ ngôn ngữ hiện có:** • Dịch vụ phiên dịch viên ngôn ngữ • Dịch vụ ngôn ngữ ký hiệu • Chữ Braille • Người dùng TTY/TDD gọi số 1-800-833-6384

Thông Tin Về Người Thụ Hưởng

Họ tên	Số điện thoại	Số ID của WA Cares
Địa chỉ đường	Thành phố	Tiểu bang Mã Bưu Chính
Địa chỉ gửi thư (không bắt buộc)	Thành phố	Tiểu bang Mã Bưu Chính

Thông Tin Về Người Được Ủy Quyền Sử Dụng

Họ tên	Số điện thoại	Số ID của WA Cares
Địa chỉ đường	Thành phố	Tiểu bang Mã Bưu Chính

Quý vị muốn người được ủy quyền sử dụng của mình hỗ trợ quý vị trong bao lâu?

☐ Một năm ☐ Vô thời hạn ☐ Ngày cụ thể:

Quyền Riêng Tư

Những hạn chế HIPAA và các luật bảo vệ quyền riêng tư khác không cho phép WA Cares chia sẻ thông tin tài khoản bảo mật hoặc thông tin y tế được bảo vệ của người thụ hưởng với bất kỳ người nào, trừ khi người thụ hưởng đã cho phép WA Cares quyền cụ thể để chia sẻ thông tin này.

Bằng cách chỉ định người được ủy quyền sử dụng với mẫu đơn này, quý vị đang cho phép WA Cares chia sẻ với người được ủy quyền sử dụng đã chỉ định của quý vị về các thông tin được bảo vệ theo HIPAA, bao gồm thông tin y tế và thông tin tài khoản bí mật, cũng như thông tin về đơn xin WA Cares và các phúc lợi WA Cares.

Barcode Label Here

Người Được Ủy Quyền Sử Dụng
Authorized User

Tên Người Thụ Hưởng
Số ID của WA Cares (nếu có)

Ủy Quyền

Bằng cách ký tên vào mẫu đơn này, tôi thừa nhận rằng:

Tôi đang chỉ định cá nhân nêu trên làm người được ủy quyền sử dụng của mình để hỗ trợ tôi về các phúc lợi WA Cares chỉ theo cách thức được mô tả trong tài liệu này.

Cá nhân nêu trên không phải là người đại diện hợp pháp của tôi và không thể đưa ra bất kỳ quyết định nào về tài khoản hoặc các phúc lợi WA Cares của tôi thay cho tôi hoặc nhân danh tôi, nếu không có tài liệu pháp lý chứng minh cá nhân này có thẩm quyền thực hiện như vậy.

WA Cares sẽ không chấp nhận chữ ký, chứng nhận hoặc sự đồng ý của cá nhân nêu trên thay cho tôi trong bất kỳ trường hợp nào nếu không có tài liệu pháp lý chứng minh cá nhân này có thẩm quyền thực hiện như vậy.

WA Cares được phép chia sẻ với cá nhân nêu trên về thông tin mật của tôi, bao gồm đơn xin, phúc lợi WA Cares của tôi và thông tin y tế có liên quan.

Ủy quyền này sẽ chấm dứt vào ngày được ghi cụ thể ở trên hoặc nếu tôi không còn khả năng chỉ dẫn người được ủy quyền sử dụng.

Nếu người nộp đơn xin không thể ký tên, họ có thể đánh dấu bằng chữ “X” và phải được một nhân chứng ký thay. Để được người đại diện hợp pháp ký tên, quý vị phải cung cấp tài liệu cho WA Cares.

Chữ Ký Người Nộp Đơn Xin	Ngày	Tên Viết In	Đã Ký tại Thành Phố và Tiểu Bang
Người Đại Diện Hợp Pháp Chữ Ký (nếu có)	Ngày	Tên Viết In	Đã Ký tại Thành Phố và Tiểu Bang
Chữ Ký Nhân Chứng (nếu đã ký bằng chữ “X”)	Ngày	Tên Viết In	Đã Ký tại Thành Phố và Tiểu Bang

Barcode Label Here