Përfaqësues i autorizuar
Authorized Representative

Një përfaqësues i autorizuar është dikush që ju e zgjidhni për t'ju përfaqësuar kur aplikoni për ose merrni benefite në Department of Social and Health Services (Departamentin e shërbimeve sociale dhe shëndetësore, DSHS) ose Health Care Authority (autoritetin e kujdesit shëndetësor, HCA). Individin ose organizatën që ju e emëroni është i autorizuar të veprojë në emrin tuaj për qëllime të përshtatshmërisë. Të kesh një përfaqësues të autorizuar është opsionale; DSHS ose HCA nuk mund të ndalojë benefite nëse nuk nënshkruani këtë formular.

Informacione për klientin

EMRI	NUMRI ACES I IDENTIFIKIMIT I KLIENTIT

Informacione për përfaqësuesin e autorizuar

EMRI	ORGANIZATA DHE DEPARTAMENTI (NËSE APLIKOHET)	NUMRI I TELEFONIT (KODI I ZONËS)

ADRESA E POSTËS	QYTETI	SHTETI	KODI POSTAR

Informacione për programin dhe kohëzgjatjen

Cilat programe dëshironi që përfaqësuesi juaj i autorizuar të veprojë në emrin tuaj? Kontrolloni të gjitha që aplikohen.

☐ Benefite për para ☐ Benefitet për Basic Food ☐ Mbulimi i kujdesit shëndetësor
☐ Shërbimet dhe mbështetja afatgjatë

Sa kohë dëshironi që përfaqësuesi juaj i autorizuar të veprojë në emrin tuaj?

☐ 90 ditë ☐ vazhdim

Përfaqësuesit e vazhdueshëm për paratë e gatshme dhe ushqimin bazë skadojnë në fund të çdo periudhe certifikimi. Përfaqësuesit për mbulimin mjekësor skadojnë me kërkesë, ose me vdekjen e individit ose të përfaqësuesit të tyre. Për të gjitha programet, ju mund të hiqni ose anuloni kërkesën tuaj për një përfaqësues të autorizuar në çdo kohë, verbalisht ose në shkrim, pa ndonjë ndikim në benefite.

Informacione për korrespondencës

Ju lutemi kontrolloni nivelin e informacionit ose benefiteve që dëshironi që përfaqësuesi juaj i autorizuar të marrë.

Për para në dorë, Basic Food, mbulim të kujdesit shëndetësor ose shërbime dhe mbështetje afatgjatë (shënoni vetëm një nga katër kutitë më poshtë)

	For Department Use Only (Vetëm për përdorim nga departamenti) Rep Type
☐ Diskutoni përshtatshmërinë time për përfitime me një përfaqësues të DSHS/HCA dhe mos merrni letra.	NC
☐ Merrni letra DSHS/HCA dhe diskutoni përshtatshmërinë time për përfitime.	NO
☐ Merrni letra DSHS/HCA, formularë rinovimi dhe diskutoni përshtatshmërinë time për përfitime.	AD
☐ Merrni letra DSHS/HCA, formularë rinovimi, karta ProviderOne dhe diskutoni përshtatshmërinë time për përfitime. Përfaqësuesi juaj do të marrë benefite në para nga DSHS.	NA

Vetëm për mbulim shëndetësor (mbush/shëno kutinë përkatëse nëse është e aplikueshme)

☐ Përfaqësuesi i spitalit – merrni letra dhe diskutoni përshtatshmërinë time për përfitime.	HO
☐ Sponsori i paguan premitë. Emri dhe adresa e sponsorit dërgohen në Zyrën e rikuperimit financiar.	SB

Autorizimi i klientit

AUTORIZUAR NGA (NËNSHKRIMI I KLIENTIT) DATA E NËNSHKRIMIT	EMRI I SHTYPUR	NUMRI I TELEFONIT (KODI I ZONËS)

SHËNIM: Kufizimet HIPAA na ndalojnë të diskutojmë informacionet individuale shëndetësore të klientit me përfaqësuesin e autorizuar përveçse nëse përfaqësuesi ka një prokurë të DSHS 14-012, Consent form. Kjo përfshin zbulimin e informacionit mbi shëndetin mendor, HIV/AIDS dhe rezultatet e testeve të STD, ose trajtimin dhe shërbimet e varësisë nga kimikatet.

For Department Use Only - Instructions (Vetëm për përdorim nga pepartamenti - Udhëzimet)

Rep Type – ACES does not limit the Rep Type selections to the codes listed above. If a program requires a Rep Type not listed above or if one of the above codes is selected but is not appropriate for the situation (such as for a group home, protective payee, etc.) enter the appropriate program specific Rep Type on the AREP screen.

Barcode label

14532