Washington State Health Care Authority

DSHS WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

الممثل المفوض
Authorized Representative

الممثل المفوض هو شخص تختاره ليمثلك عندما تتقدم للحصول على الإعانات لدى Department of Social and Health Services (إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية، DSHS) أو Health Care Authority (هيئة الرعاية الصحية، HCA). الشخص أو المنظمة الذي/التي تختاره/ا مفوضٌ/ةٌ للتصرف نيابة عنك لأغراض الأهلية. إن وجود ممثل مفوض أمر اختياريّ؛ لا يمكن لـ DSHS أو HCA حجب الإعانات إذا لم تقم بإمضاء هذه الاستمارة.

بيانات العميل

الاسم	رقم ACES التعريفي للعميل

بيانات الممثل المفوض

الاسم	المنظمة والقسم (إن وُجد)	رقم الهاتف (ورمز المنطقة)

عنوان البريد	المدينة	الولاية	الرمز البريدي

بيانات البرنامج ومدته

أي برنامج تريد من ممثلك المفوض أن يتصرف فيه نيابةً عنك؟ حدد كل ما ينطبق.

☐ الإعانات النقدية ☐ Basic Food إعانات ☐ تغطية الرعاية الصحية ☐ الخدمات والدعم طويلو الأجل

إلى أي مدة تريد من ممثلك المفوض أن يتصرف فيه نيابةً عنك؟

☐ 90 يومًا ☐ تمثيل مستمر

تنتهي صلاحية الممثلين المستمرين للإعانات النقدية والغذاء الأساسي بنهاية كل مدة تصديق. تنتهي صلاحية الممثلين للتغطية الطبية عند تقديم طلب، أو في حال وفاة الشخص أو ممثله.

بالنسبة لجميع البرامج، يمكنك إزالة أو إلغاء طلبك للحصول على ممثل مفوض في أي وقت، شفهيًا أو كتابةً، من دون أي تأثير على الإعانات.

بيانات المراسلة

يُرجى تحديد مستوى المعلومات أو الإعانات التي تريد من ممثلك المفوض استلامها.

<u>للإعانات النقدية أو Basic Food أو تغطية الرعاية الصحية أو الخدمات والدعم طويلو الأجل</u>

<u>(حدد صندوقًا واحدًا فقط من الأربعة صناديق أدناه)</u>

For Department Use Only (لاستخدام القسم المختص فقط) Rep Type	
NC	☐ مناقشة أهليتي للإعانات مع ممثل DSHS/HCA وعدم استلام خطابات.
NO	☐ استلام خطابات من DSHS/HCA ومناقشة أهليتي للإعانات.
AD	☐ استلام خطابات من DSHS/HCA واستمارات التجديد ومناقشة أهليتي للإعانات.
NA	☐ استلام خطابات من DSHS/HCA واستمارات التجديد وبطاقات ProviderOne ومناقشة أهليتي للإعانات. سيستلم ممثلك إعانات DSHS النقدية الخاصة بك.

<u>لتغطية الرعاية الصحية فقط (حدد أيًا من الصندوقين أدناه إن وُجد)</u>

HO	☐ ممثل المستشفى – استلام خطابات ومناقشة أهليتي للإعانات.
SB	☐ ضمان دفع الأقساط. اسم الضامن وعنوانه المرسلان إلى Office of Financial Recovery (مكتب التحصيل المالي)...

تفويض العميل

مفوض من (إمضاء العميل)	تاريخ التوقيع	الاسم مطبوع	رقم الهاتف (ورمز المنطقة)

ملاحظة: تمنعنا قيود HIPAA من مناقشة البيانات الصحية الفردية للعميل مع الممثل المفوض ما لم يكن لدى الممثل توكيلًا رسميًا عن العميل أو كان العميل قد قام بتوقيع DSHS 14-012, Consent form. وهذا يتضمن الإفصاح عن بيانات الصحة النفسية أو ونتائج اختبارات HIV/AIDS وSTD أو خدمات العلاج وإدمان المخدرات.

<u>For Department Use Only - Instructions (لاستخدام القسم المختص فقط - تعليمات)</u>

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.

14532

Barcode label