授权代表
Authorized Representative

授权代表是指当您向 Department of Social and Health Services（社会和卫生服务部，DSHS）或 Health Care Authority（卫生保健局，HCA）申请或领取福利时，您选择的代表。您指定的个人或组织有权代表您参加资格审查。指定授权代表是自愿行为。如果您不签署此表格，DSHS 或 HCA 将无法对福利进行相应扣缴。

服务对象信息

姓名	ACES 客户 ID 编号

授权代表信息

姓名	机构和部门（如适用）	电话号码（区号）

邮寄地址	城市	州	邮编

计划和期限信息

您希望您的授权代表代表您参与哪个（些）计划？ 勾选所有适用的选项。

☐ 现金福利 ☐ Basic Food 福利 ☐ 医疗保险 ☐ 长期服务和支持

您希望您的授权代表代表您参与多久的计划？

☐ 90 天 ☐ 持续

现金和基本食品的持续代表的任命期限在每个认证期结束时届满。医疗保险代表的任命期限在个人或其代表提出请求或死亡后届满。

对于所有项目，您可以随时以口头或书面形式撤销或取消任命授权代表的请求，而不会对福利产生任何影响。

通讯信息

请确认您希望授权代表获得的信息或福利级别。

	For Department Use Only (仅供部门使用) Rep Type
<u>对于现金、Basic Food、医疗保险或长期服务和支持（仅勾选下面四个框中的一个）</u>	
☐ 向 DSHS/HCA 代表咨询我的福利资格，不负责接收信件。	**NC**
☐ 接收 DSHS/HCA 信件，并咨询福利资格。	**NO**
☐ 接收 DSHS/HCA 信件，续期表格，并咨询福利资格。	**AD**
☐ 接收 DSHS/HCA 信件，续期表格，ProviderOne 卡，并咨询福利资格 您的代表将接收您的 DSHS 现金福利。	**NA**
<u>仅适用于医疗保险（如适用，请勾选下方任一框）</u>	
☐ 医院代表 - 接收信件，并咨询福利资格。	**HO**
☐ 资助者支付保费。 资助者名称和地址发送至财务追回办公室。	**SB**

客户授权

授权人（客户签名） **签署日期**	字母大写或楷体签名	电话号码（区号）

注： HIPAA 限制使我们无法与授权代表讨论客户的个人健康信息，除非代表拥有客户的授权书或客户签署 DSHS 14-012 同意书。包括提供心理健康信息、艾滋病病毒/艾滋病和性传播疾病检测结果，或治疗和药物依赖服务。

<u>For Department Use Only - Instructions (仅供部门使用 — 说明)</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.

Barcode label

14532