Représentant autorisé
Authorized Representative

Un représentant autorisé est une personne que vous choisissez pour vous représenter lorsque vous demandez ou recevez des allocations auprès du Department of Social and Health Services (Département des services sociaux et de santé, DSHS) ou de la Health Care Authority (Autorité des soins de santé, HCA). La personne ou l'organisation que vous désignez est autorisée à agir en votre nom à des fins d'admissibilité. La présence d'un représentant autorisé est facultative ; le DSHS ou la HCA ne peut pas retenir les allocations si vous ne signez pas ce formulaire.

Informations sur le client

NOM	NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU CLIENT ACES

Informations sur le représentant autorisé

NOM	ORGANISATION ET DÉPARTEMENT (LE CAS ÉCHÉANT)	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (INDICATIF RÉGIONAL)

ADRESSE POSTALE	VILLE	ÉTAT	CODE POSTAL

Informations sur le programme et la durée

Pour quel(s) programme(s) souhaitez-vous que votre représentant autorisé agisse en votre nom ? Cochez les cases appropriées.

☐ Allocations en espèces ☐ Allocations Basic Food ☐ Couverture des soins de santé
☐ Services et assistance à long terme

Pendant combien de temps souhaitez-vous que votre représentant autorisé agisse en votre nom ?

☐ 90 jours ☐ Permanent

Le mandat des représentants permanents pour les allocations en espèces et alimentaires de base expire à la fin de chaque période de certification. Le mandat des représentants pour la couverture médicale expire sur demande ou au décès de l'individu ou de son représentant.
Pour tous les programmes, vous pouvez retirer ou annuler votre demande de représentant autorisé à tout moment, verbalement ou par écrit, sans incidence sur les allocations.

Informations sur la correspondance

Veuillez cocher le niveau d'information ou d'allocations que vous souhaitez que votre représentant autorisé reçoive.

Pour l'aide en espèces, le Basic Food, la couverture de soins de santé ou les services et assistance de à long terme (cocher une seule des quatre cases ci-dessous)

	For Department Use Only (Réservé au Département) Rep Type
☐ Discuter de mon admissibilité aux allocations avec un représentant du DSHS/HCA et ne pas recevoir de courrier.	**NC**
☐ Recevoir les courriers du DSHS/HCA et discuter de mon admissibilité aux allocations.	**NO**
☐ Recevoir les courriers du DSHS/HCA, les formulaires de renouvellement et discuter de mon admissibilité aux allocations.	**AD**
☐ Recevoir les courriers du DSHS/HCA, les formulaires de renouvellement, les cartes ProviderOne et discuter de mon admissibilité aux allocations. Votre représentant recevra vos prestations en espèces du DSHS.	**NA**

Pour la couverture médicale uniquement (cochez l'une des cases ci-dessous si nécessaire)

☐ Représentant de l'hôpital – recevoir les courriers et discuter de mon admissibilité aux allocations.	**HO**
☐ Garant qui paie mes primes. Nom et adresse des sponsors transmis au Bureau du recouvrement financier.	**SB**

Autorisation du client

AUTORISÉ PAR (SIGNATURE DU CLIENT) DATE DE SIGNATURE	NOM EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (INDICATIF RÉGIONAL)

REMARQUE : les contraintes HIPAA nous interdisent de discuter des données médicales personnelles du client avec le représentant autorisé sauf si ce dernier dispose d'une procuration du client ou si le client a signé un DSHS 14-012, Consent form. Ces données comprennent les données de santé mentale, les résultats de tests de dépistage du HIV/AIDS et des STD, ou le traitement et les services relatifs à la toxicomanie.

For Department Use Only - Instructions (Réservées au Département - Consignes)

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