अधिकृत प्रतिनिधि
Authorized Representative

एक अधिकृत प्रतिनिधि वह व्यक्ति होता है जिसे आप Department of Social and Health Services (सामाजिक एवं स्वास्थ्य सेवा विभाग, DSHS) या Health Care Authority (HCA) के लिए आवेदन करते समय या लाभ प्राप्त करते समय अपना प्रतिनिधित्व करने के लिए चुनते हैं। आप जिस व्यक्ति या संगठन का नाम लेते हैं वह पात्रता उद्देश्यों के लिए आपकी ओर से कार्य करने के लिए अधिकृत है। एक अधिकृत प्रतिनिधि का होना वैकल्पिक है; यदि आप इस फॉर्म पर हस्ताक्षर नहीं करते हैं तो DSHS या HCA लाभों को नहीं रोक सकता।

ग्राहक सूचना

नाम	ACES ग्राहक ID नंबर

अधिकृत प्रतिनिधि सूचना

नाम	संगठन और विभाग (यदि लागू हो)	फ़ोन नंबर (क्षेत्र कोड)

डाक पता	शहर	राज्य	ज़िप कोड

कार्यक्रम एवं अवधि की जानकारी

आप किस कार्यक्रम(कार्यक्रमों) पर अपने अधिकृत प्रतिनिधि से अपनी ओर से कार्य करवाना चाहते हैं? लागू होने वाले सभी को जाँचे।

☐ नकद लाभ ☐ बुनियादी खाद्य लाभ ☐ स्वास्थ्य देखभाल कवरेज ☐ लंबे समय के लिए सेवाएं और सहायता

आप कब तक चाहते हैं कि आपका अधिकृत प्रतिनिधि आपकी ओर से कार्य करे?

☐ 90 दिन ☐ जारी

नकदी और बुनियादी भोजन के लिए चालू प्रतिनिधि का समय प्रत्येक प्रमाणन अवधि के अंत में समाप्त हो जाता है। चिकित्सा कवरेज के लिए प्रतिनिधि का समय अनुरोध पर, या व्यक्ति या उनके प्रतिनिधि की मृत्यु पर समाप्त हो जाता है।

सभी कार्यक्रमों के लिए, आप लाभों पर कोई प्रभाव डाले बिना किसी भी समय मौखिक या लिखित रूप से अधिकृत प्रतिनिधि के लिए अपना अनुरोध हटा या रद्द कर सकते हैं।

पत्राचार सूचना

	केवल विभागीय उपयोग के लिए
कृपया उस जानकारी या लाभ के स्तर की जांच करें जो आपके अनुसार आपके प्रतिनिधि को प्राप्त होना चाहिए।	
नकद पैसे, बुनियादी खाना, हेल्थ केयर कवरेज या लंबे समय के लिए सेवाओं और सहायता हेतु (नीचे दिए गए चार बक्सों में से केवल एक पर निशान लगाएं)	**प्रतिनिधि प्रकार**
☐ DSHS/HCA प्रतिनिधि के साथ लाभ के लिए मेरी पात्रता पर चर्चा करें और पत्र प्राप्त न करें।	**NC**
☐ DSHS/HCA पत्र प्राप्त करें और लाभ के लिए मेरी पात्रता पर चर्चा करें।	**नहीं**
☐ DSHS/HCA पत्र, नवीनीकरण फॉर्म प्राप्त करें और लाभ के लिए मेरी पात्रता पर चर्चा करें।	**AD**
☐ DSHS/HCA के लेटर, रिन्यूअल फ़ॉर्म्स, ProviderOne कार्ड्स प्राप्त करें और लाभों के लिए अपनी योग्यता पर चर्चा करें। आपके प्रतिनिधि को आपके DSHS नकद लाभ प्राप्त होंगे।	**लागू नहीं**
केवल स्वास्थ्य देखभाल कवरेज के लिए (यदि लागू हो तो नीचे दिए गए किसी भी बॉक्स को चेक करें)	
☐ अस्पताल प्रतिनिधि - पत्र प्राप्त करें और लाभ के लिए मेरी पात्रता पर चर्चा करें।	**HO**
☐ प्रायोजक प्रीमियम का भुगतान कर रहे हैं। प्रायोजक का नाम और पता वित्तीय वसूली कार्यालय को भेजा गया	**SB**

ग्राहक प्राधिकरण

(ग्राहक के हस्ताक्षर) द्वारा अधिकृत, हस्ताक्षर की तिथि	मुद्रित नाम	फ़ोन नंबर (क्षेत्र कोड)

ध्यान दें: HIPAA प्रतिबंध हमें अधिकृत प्रतिनिधि के साथ ग्राहक की व्यक्तिगत स्वास्थ्य जानकारी पर चर्चा करने से रोकते हैं जब तक कि प्रतिनिधि के पास ग्राहक के लिए पावर ऑफ अटॉर्नी न हो या ग्राहक ने इस पर हस्ताक्षर न किए हों DSHS 14-012, Consent form। इसमें मानसिक स्वास्थ्य जानकारी, एचआईवी/एड्स और एसटीडी परीक्षण परिणाम, या उपचार और रासायनिक निर्भरता सेवाओं का खुलासा शामिल है।

केवल विभागीय उपयोग के लिए - निर्देश

प्रतिनिधि प्रकार - ACES प्रतिनिधि प्रकार के चयन को ऊपर सूचीबद्ध कोड तक सीमित नहीं करता है। यदि किसी प्रोग्राम के लिए ऐसे प्रतिनिधि प्रकार की आवश्यकता होती है जो ऊपर सूचीबद्ध नहीं है या यदि उपरोक्त कोड में से एक का चयन किया गया है, लेकिन स्थिति के लिए उपयुक्त नहीं है (जैसे कि समूह गृह, सुरक्षात्मक आदाता, आदि के लिए) तो AREP स्क्रीन पर उपयुक्त कार्यक्रम विशिष्ट प्रतिनिधि प्रकार दर्ज करें।

Barcode label

14532