승인 대리인
Authorized Representative

승인 대리인이란 Department of Social and Health Services(사회보건서비스부, DSHS) 또는 Health Care Authority(보건당국, HCA)에 혜택을 신청하거나 혜택을 받을 경우 귀하를 대리하도록 지명하는 사람입니다. 귀하가 지명한 개인이나 조직에게 적격한 목적을 위하여 귀하를 대신하여 행동할 것을 승인합니다. 승인 대리인 지명은 선택 사항이며 귀하가 이 양식에 서명하지 않는다고 해도 DSHS 또는 HCA는 혜택을 보류할 수 없습니다.

고객 정보

이름	ACES 고객 ID 번호

승인 대리인 정보

이름	조직 및 부서(해당하는 경우)	전화번호(지역 번호)

우편 주소	시	주	우편번호

프로그램 및 기간 정보

어떤 프로그램에 대해 승인 대리인이 귀하를 대신하여 행동하길 원하십니까? 해당 항목을 모두 체크하십시오.

☐ 현금 보조 ☐ 기본 식품 보조 ☐ 의료 보장 ☐ 장기 서비스 및 지원

얼마 동안 승인 대리인이 귀하를 대신하여 행동하길 원하십니까?

☐ 90일 ☐ 계속

현금 및 기본 식품 보조에 대하여 계속 대리하는 사람은 각 인증 기간이 끝나면 만료됩니다. 의료 보장 대리인은 요청 시 또는 개인이나 대리인의 사망 시 만료됩니다.

모든 프로그램에 대해 귀하는 혜택에 영향을 주지 않고 구두 또는 서면으로 언제든지 승인 대리인에 대한 지명을 철회하거나 취소할 수 있습니다.

해당 정보

승인 대리인이 받길 원하는 정보나 혜택의 수준을 확인해주십시오.	For Department Use Only(당국 사용 전용)
<u>현금, 기본 식품, 의료 보장 또는 장기 서비스 및 지원의 경우(아래 네 상자 중 하나만 선택하십시오)</u>	**<u>Rep Type</u>**
☐ DSHS/HCA 담당자와 혜택 자격에 대해 논의하지만 서신을 받지는 않습니다.....	**NC**
☐ DSHS/HCA 서신을 받고 혜택 자격에 대해 논의합니다.	**NO**
☐ DSHS/HCA 서신, 갱신 양식을 받고 혜택 자격에 대해 논의합니다.....	**AD**
☐ DSHS/HCA 서신, 갱신 양식, ProviderOne(프로바이더원) 카드를 받고 혜택 자격에 대해 논의합니다. 대리인이 DSHS 현금 보조금을 수령합니다.....	**NA**
<u>의료 보장만 해당(해당하는 경우 아래 상자 중 하나를 선택하십시오)</u>	
☐ 병원 대리인 - 서신을 받고 혜택 자격에 대해 논의합니다.....	**HO**
☐ 후원자가 보험료를 지불합니다. 재정 회복 사무국으로 후원자 이름과 주소를 전달합니다	**SB**

고객 승인

승인자(고객 서명) **서명일**	정자체로 작성한 이름	전화번호(지역 번호)

참고: HIPAA 제한 규정에 따라 대리인이 고객에 대한 위임장을 갖고 있거나 고객이 DSHS 14-012, 동의서 양식에 서명하지 않는 한 승인 대리인과 고객의 개인 건강 정보에 대해 논의할 수 없습니다. 여기에는 정신 건강 정보, HIV/AIDS 및 성병 검사 결과 또는 치료, 약물 의존 치료 정보에 대한 공개가 포함됩니다.

<u>For Department Use Only - Instructions(당국 사용 전용 - 지침)</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