ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດ
Authorized Representative

ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດແມ່ນຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ທ່ານເລືອກເອົາເພື່ອຈະເປັນຕົວແທນຂອງທ່ານເມື່ອເວລາທ່ານຮ້ອງຂໍເອົາ ຫລື ຮັບເອົາການຊ່ວຍ ເຫລືອນຳ Department of Social and Health Services (ກົມສັງຄົມສົງເຄາະແລະສາທາຣະນະສຸກ DSHS) ຫລື Health Care Authority (ເຈົ້າໜ້າທີ່ການປິ່ນປົວສຸຂະພາບ HCA). ບຸກຄົນ ຫລື ອົງການທີ່ທ່ານບົ່ງຊື່ໄດ້ຖືກອະນຸຍາດໃຫ້ກະທຳໃນນາມຂອງ ທ່ານສຳລັບຈຸດປະສົງຂອງເງື່ອນໄຂຮັບເອົາ. ການມີຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດແມ່ນຕາມໃຈມັກ; ກົມ DSHS ຫລື HCA ບໍ່ສາມາດກັກເອົາການຊ່ວຍເຫລືອໄວ້ ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ເຊັນຊື່ໃສ່ຟອມໃບນ.

ຣາຍຣະອຽດກ່ຽວກັບຜູ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ

ຊື່	ເລກACES ລູກຄ້າ ID

ຣາຍຣະອຽດກ່ຽວກັບຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດ

ຊື່	ອົງການ ແລະ ກົມ (ຖ້າກ່ຽວຂ້ອງນຳ)	ເລກໂທຣະສັບ (ຣະຫັດເຂດ)

ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ ເມືອງ ຣັດ ຊິບໂຄດ

ຣາຍຣະອຽດກ່ຽວກັບໂຄງການ ແລະ ຣະຍະເວລາ

ໂຄງການອັນໃດທີ່ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດຂອງທ່ານທີ່ຈະກະທຳໃນນາມຂອງທ່ານ? ໝາຍໃສ່ທຸກໆຢ່າງທີ່ກ່ຽວນຳ.

☐ ການຊ່ວຍເຫລືອເງິນສົດ ☐ ສະວັດດີການ Basic Food (ອາຫານຈຳເປັນ) ☐ ການຄຸ້ມກັນການປິ່ນປົວສຸຂະພາບ

☐ ການປິ່ນປົວແລະການ ຜຸ້ມຊຸຣະຍະຍາວ

ຄົນປານໃດທີ່ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດຂອງທ່ານທີ່ຈະກະທຳໃນນາມຂອງທ່ານ? ☐ 90 ວັນ ☐ ດຳເນີນຕໍ່ໄປ

ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ດຳເນີນຕໍ່ໄປສຳລັບເງິນສົດແລະອາຫານຈຳເປັນຈະໝົດກຳນົດໃນເວລາທ້າຍຂອງການຢັ້ງຢືນທຸກໆເທື່ອ. ຜູ້ຕາງໜ້າສຳລັບການ ຄຸ້ມກັນພະຍາບານຈະໝົດກຳນົດຕາມຄຳຮ້ອງຂໍ,ຫລືໃນເວລາການເສັຽຊີວິດຂອງບຸກຄົນນັ້ນຫລືຜູ້ຕາງໜ້າຂອງເອົາເຈົ້າ.

ສຳລັບທຸກໆໂຄງການ,ທ່ານຈະເອົາອອກ ຫລື ຍົກເລີກຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານສຳລັບຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດໄດ້ໃນທຸກໆເວລາ, ໂດຍທາງປາກປ່ຳ ຫລື ທາງໜັງສື, ໂດຍປາສຈາກພິນສະ ທ້ອນແນວໃດໃສ່ການຊ່ວຍເຫລືອ.

ຣາຍຣະອຽດກ່ຽວກັບໜັງສືຕິດຕໍ່ກັນ

ກະຣຸນາໝາຍໃສ່ຣະດັບຂອງຣາຍຣະອຽດ ຫລື ການຊ່ວຍເຫລືອທີ່ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດທີ່ຈະ ຮັບເອົາ.

<u>ສຳລັບເງິນສົດ, Basic Food, ການຄຸ້ມກັນການປິ່ນປົວສຸຂະພາບ ຫລື ການປິ່ນປົວແລະການ ຜຸ້ມຊຸຣະຍະຍາວ (ໝາຍໃສ່ແຕ່ອັນດຽວຂອງສີ່ບອກ໌ຂ້າງລຸ່ມນີ້)</u>

	For Department Use Only (ສຳລັບກົມໃຊ້ເທົ່ານັ້ນ) Rep Type
☐ ວ້ຳລົມເຣື່ອງເງື່ອນໄຂຮັບການຊ່ວຍເຫລືອຂອງຂ້າພະເຈ້ົາ ນຳຜູ້ຕາງໜ້າຂອງ DSHS/HCA ແລະ ບໍ່ໄດ້ຮັບໜັງສື.	NC
☐ ຮັບເອົາໜັງສືຂອງ DSHS/HCA ແລະ ວ້ຳລົມເຣື່ອງເງື່ອນໄຂຮັບການຊ່ວຍເຫລືອຂອງຂ້າພະເຈ້ົາ.	NO
☐ ຮັບເອົາໜັງສືຂອງ DSHS/HCA ໃບຟອມຕ່ໃໝ່, ວ້ຳລົມເຣື່ອງເງື່ອນໄຂຮັບການຊ່ວຍເຫລືອຂອງຂ້າພະເຈ້ົາ.	AD
☐ ຮັບເອົາໜັງສືຂອງ DSHS/HCA ໃບຟອມຕ່ໃໝ່, ການຈ່າຍເງິນ, ບັດ ProviderOne ແລະ ວ້ຳລົມເຣື່ອງເງື່ອນໄຂຮັບ ການຊ່ວຍເຫລືອຂອງຂ້າພະເຈ້ົາ ຜູ້ຕາງໜ້າຂອງທ່ານຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອເງິນສົດຂອງ DSHS ຂອງທ່ານ.	NA
<u>ສຳລັບ ການຄຸ້ມກັນການປິ່ນປົວສຸຂະພາບ ເທ່ານັ້ນ (ໝາຍໃສ່ບອກ໌ຢູ່ລຸ່ມນີ້ບອກ໌ໃດກໍ່ໄດ້ຖ້າກ່ຽວຂ້ອງນຳ)</u>	
☐ ຜູ້ຕາງໜ້າໂຮງພະຍາບານ - ຮັບເອົາໜັງສື ແລະ ວ້ຳລົມເຣື່ອງເງື່ອນໄຂຮັບ ການຊ່ວຍເຫລືອຂອງຂ້າພະເຈ້ົາ.	HO
☐ ຜູ້ຮັບປະກັນເອົາມາຈ່າຍຄ່າທຳນຽມ. ຊື່ ແລະ ທີ່ຢູ່ຂອງຜູ້ຮັບປະກັນເອົາມາຖືກສົ່ງໄປຫາຫ້ອງການກອບກູ້ເອົາເງິນຄືນ (Office of Financial Recovery).	SB

ການອະນຸຍາດຂອງຜູ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ

ຖືກອະນຸຍາດໃຫ້ໂດຍ (ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮັບ) ວັນທີເຊັນຊື່	ຊື່ຂຽນເປັນຕົວ	ເລກໂທຣະສັບ (ຣະຫັດເຂດ)

ໝາຍເຫດ: ການຈຳກັດ HIPAA ກີດກັ້ນພວກເຮົາຈາກການວ້ຳລົມເຣື່ອງຣາຍຣະອຽດກ່ຽວກັບສຸຂະພາບສ່ວນຕົວຂອງຜູ້ຮັບການ ຊ່ວຍ ເຫລືອນຳຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດນອກຈາກວ່າຜູ້ຕາງໜ້ານີ້ມີອຳນາດທະນາຍຄວາມສຳລັບຜູ້ຮັບ ຫລືວ່າ ຜູ້ຮັບມີໃບຟອມທີ່ຖືກເຊັນ ຊື່ໃສ່ແລ້ວ DSHS 14-012, Consent form. ອັນນີ້ລວມເອົາການເປີດເຜີຍຣາຍຣະອຽດສຸຂະພາບໂຣກຈິດ, ຜົນອອກມາຂອງການ ກວດພະຍາດ HIV/AIDS ແລະ STD, ຫລື ການປິ່ນປົວ ແລະ ການປິ່ນປົວການຕິດສານເຄມີ.

<u>For Department Use Only - Instructions (ສຳລັບກົມໃຊ້ເທ່ານັ້ນ-ຄຳແນະນຳ)</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