आधिकारिक प्रतिनिधि
Authorized Representative

आधिकारिक प्रतिनिधि भनेको तपाईंले Department of Social and Health Services (सामाजिक तथा स्वास्थ्य सेवा विभाग, DSHS) वा Health Care Authority (स्वास्थ्य सेवा प्राधिकरण, HCA) मा आवेदन दिँदा वा सुविधाहरू प्राप्त गर्दा आफ्नो प्रतिनिधित्व गर्न छनौट गर्नुभएको व्यक्ति हो। तपाईंले तोक्नुभएको व्यक्ति वा संस्था योग्यता सम्बन्धी कामका लागि तपाईंको प्रतिनिधित्व गर्ने मान्यता पाउँछ। एकजना आधिकारिक प्रतिनिधि राख्नु अनिवार्य छैन; यदि तपाईंले यो कागजातमा सही गर्नुभएन भने पनि DSHS वा HCA ले तपाईंको सुविधाहरू रोक्न मिल्दैन।

सेवाग्राहीको जानकारी

नाम	ACES सेवाग्राही आइडी नम्बर

आधिकारिक प्रतिनिधिको जानकारी

नाम	संस्था र विभाग (लागू भएमा)	फोन नम्बर (एरिया कोड)

पत्राचार ठेगाना	शहर	स्टेट	जिप कोड

कार्यक्रम र अवधिको जानकारी

तपाईं आफ्नो आधिकारिक प्रतिनिधिलाई कुन कार्यक्रम(हरू)मा आफ्नो तर्फबाट काम गर्न दिन चाहनुहुन्छ? लागू हुने सबै चेक गर्नुहोस्।

☐ नगद लाभ ☐ Basic Food लाभ ☐ स्वास्थ्य हेरचाह कभरेज ☐ दीर्घकालीन सेवा र सहायता

तपाईं आफ्नो आधिकारिक प्रतिनिधिलाई कुन कार्यक्रम(हरू)मा आफ्नो तर्फबाट काम गर्न दिन चाहनुहुन्छ?

☐ 90 दिन ☐ निरन्तर

नगद र आधारभूत खाद्यान्नका लागि निरन्तर प्रतिनिधिहरूको म्याद प्रत्येक प्रमाणीकरण अवधिको अन्त्यमा समाप्त हुन्छ। स्वास्थ्य उपचारका म्याद प्रतिनिधिहरूको वैधता माग भएमा, अथवा व्यक्तिको वा उसको प्रतिनिधिको निधन भएमा सकिन्छ।
सबै योजनाहरूको लागि भने तपाईंले आफ्नो आधिकारिक प्रतिनिधिको मागलाई कुनै पनि बेला मौखिक वा लिखित रूपमा निवेदन दिएर आफ्नो सुविधाहरूमा कुनै फरक नपर्ने गरी हटाउन वा रद्द गर्न सक्नुहुन्छ।

सम्पर्क विवरण

तपाईं आफ्नो आधिकारिक प्रतिनिधिले प्राप्त गर्न चाहेको जानकारी वा लाभहरूको स्तर कृपया चेक गर्नुहोस्।

<u>नगद, Basic Food, स्वास्थ्य सेवा कभरेज वा दीर्घकालीन सेवा र सहायताका लागि (तलका चार बाकसमध्ये एउटामा मात्र टिक लगाउनुहोस्)।</u>

	For Department Use Only (विभागीय प्रयोजनका लागि मात्र) **<u>Rep Type</u>**
☐ मेरो लाभ प्राप्त गर्ने योग्यता DSHS/HCA प्रतिनिधिसँग छलफल गरियोस्, र मलाई पत्रहरू प्राप्त नहोस्।	**NC**
☐ DSHS/HCA का पत्रहरू प्राप्त गरियोस् र मेरो लाभको योग्यता सम्बन्धमा छलफल गरियोस्।	**NO**
☐ DSHS/HCA का पत्रहरू, नवीकरण फारमहरू प्राप्त गरियोस् र मेरो लाभको योग्यता सम्बन्धमा छलफल गरियोस्।	**AD**
☐ DSHS/HCA का पत्रहरू, नवीकरण फारम र ProviderOne कार्डहरू प्राप्त गरियोस् र मेरो लाभको योग्यता सम्बन्धमा छलफल गरियोस्। तपाईंको प्रतिनिधिले तपाईंको DSHS नगद सुविधाहरू प्राप्त गर्नेछन्।	**NA**
<u>स्वास्थ्य सेवा कभरेजको लागि मात्र (लागू भएमा तलको कुनै पनि बाकसमा चिन्ह लगाउनुहोस्)</u>	
☐ अस्पताल प्रतिनिधि - पत्रहरू प्राप्त गरियोस् र मेरो लाभको योग्यता सम्बन्धमा छलफल गरियोस्।	**HO**
☐ प्रिमियम तिर्ने प्रायोजक। प्रायोजकहरूको नाम र ठेगाना वित्तीय असुली कार्यालय (Office of Financial Recovery)	**SB**

सेवाग्राहीको प्राधिकरण

अधिकृत गर्ने (ग्राहकको हस्ताक्षर) **हस्ताक्षर गरेको मिति**	मुद्रण नाम	फोन नम्बर (एरिया कोड)

नोट: HIPAA सम्बन्धी प्रतिबन्धहरूले गर्दा यदि प्रतिनिधिसँग ग्राहकको लागि पावर अफ अटर्नी नभएमा वा ग्राहकले: DSHS 14-012, सहमति फारम हस्ताक्षर नगरेमा हामीले ग्राहकको व्यक्तिगत स्वास्थ्य जानकारी अधिकृत प्रतिनिधिसँग छलफल गर्न मिल्दैन

DSHS 14-012, सहमति फारम यसमा मानसिक स्वास्थ्य जानकारी, एचआईभी/एड्स र एसटीडी परीक्षण परिणामहरू, वा उपचार र रासायनिक पदार्थमा आधारित सेवाहरूको खुलासा समावेश छ।

<u>विभागीय प्रयोजनका लागि मात्र - निर्देशनहरू (For Department Use Only - Instructions)</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