Washington State Health Care Authority

DSHS WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

مجاز استازی
Authorized Representative

یو مجاز استازی هغه څوک دی چې تاسو یې د استازیتوب لپاره غوره کوئ کله چې تاسو د Department of Social and Health Services (ټولنیزو او روغتیا خدماتو څانګې، DSHS) یا د Health Care Authority (روغتیا پاملرنې اداري، HCA) سره د ګټو لپاره غوښتنه کوئ یا ترلاسه کوئ. هغه فرد یا سازمان چې تاسو یې نوم اخلئ اجازه لري چې د ورتیا موخو لپاره ستاسو په استازیتوب عمل وکړي. د یو مجاز نمایندګی کوونکي درلودل اختیاري دي؛ DSHS یا HCA نشي کولی ګټې ودروي که چیرې تاسو دا فورمه لاسلیک نه کړئ.

د پیرودونکي معلومات

نوم	د ACES د پیرودونکي د ID شمیره

د مجاز نمایندګی کوونکي معلومات

نوم	سازمان او څانګه (که د تطبیق وړ وي)	د تلیفون شمیره (سیمییزه کوډ)

د استوني پته	ښار	ایالت	د زپ کوډ

د پروګرام او د مودي معلومات

تاسو کوم پروګرام (پروګرامونه) غواړئ چې ستاسو مجاز نمایندګی کوونکي ستاسو په استازیتوب پکې عمل وکړي؟ ټول هغه په نښه کړئ چې پلي کیږي.

☐ د نغدو ګټې ☐ Basic Food ګټې ☐ د روغتیا پاملرنې پوښښ ☐ د اوږدمهاله خدمتونه او ملاتړ

تاسو څومره وخت غواړئ چې ستاسو با اختیار استازی ستاسو په استازیتوب عمل وکړي؟

☐ 90 ورځې ☐ دوام لري

د نغدو او لومړني خوارو لپاره روان استازي د هر تصدیق دورې په پای کې پای ته رسیږي. د طبي پوښښ لپاره نمایندګان د غوښتنې یا د فرد یا د دوی د استازي په مرګ پای ته رسیږي.

د ټولو پروګرامونو لپاره، تاسو کولی شئ په هر وخت کې په شفاهي یا لیکلي توګه پرته له دې چې په ګټو باندې کوم اغیز ولري. د مجاز استازي لپاره ستاسو غوښتنه لرې یا لغوه کړئ.

د مکاتبو معلومات

مهرباني وکړئ د معلوماتو یا ګټو کچه په نښه کړئ چې تاسو غواړئ ستاسو مجاز نمایندګی کوونکی یې ترلاسه کړي.

د نغدو پیسو، Basic Food، د روغتیا پاملرنې پوښښ یا د اوږدمهاله خدمتونو او ملاتړ لپاره
(لطفاً یوازې د لاندې څلورو پکسونو څخه یو وټاکئ)

For Department Use Only (یوازې د ریاست کارونې لپاره) Rep Type	
NC	☐ د ګټو لپاره زما د ورتیا په اړه د DSHS/HCA نمایندګی کوونکي سره بحث وکړئ او لیکونه مه ترلاسه کوئ.....
NO	☐ DSHS/HCA لیکونه ترلاسه کړئ او د ګټو لپاره زما د ورتیا په اړه بحث وکړئ.....
AD	☐ د DSHS/HCA لیکونه، د نوي کولو فورمې ترلاسه کړئ او د ګټو لپاره زما د ورتیا په اړه بحث وکړئ.....
NA	☐ د DSHS/HCA لیکونه، د نوي کولو فورمې، د ProviderOne کارتونه ترلاسه کړئ او د ګټو لپاره زما د ورتیا په اړه بحث وکړئ. ستاسو استازی به ستاسو د DSHS نغدو پیسو مرستې ترلاسه کړي.....

یوازې د روغتیا پاملرنې پوښښ لپاره (که چیرې د تطبیق وړ وي لاندې پکسونو څخه یو په نښه کړئ)

HO	☐ د روغتون نمایندګی کوونکي - لیکونه ترلاسه کړئ او د ګټو لپاره زما د ورتیا په اړه بحث وکړئ.....
SB	☐ د پریمیم تادیه کونکي سپانسر. د ملاتړو نوم او پته د مالي بیرته ترلاسه کولو دفتر ته واستول شول.....

د پیرودونکي اجازه

لخوا مجاز شوی (د پیرودونکي لاسلیک)	د لاسلیک نیټه	چاپ نوم	د تلیفون شمیره (سیمییزه کوډ)

یادونه: د HIPAA محدودیتونه مورِ منع کوي چې د پیرودونکي انفرادي روغتیایی معلوماتو په اړه د مجاز استازي سره بحث وکړو پرته لدې چې استازی د پیرودونکي لپاره د څارنوالی واک ولري یا پیرودونکي یو سند لاسلیک کړي.

DSHS 14-012، د رضایت فورمه. پدې کې د ذهني روغتیا معلوماتو افشا کول، د HIV/AIDS او STD ازموینې پایلې، یا د درملنې او کیمیاوي انحصار خدمتونه شامل دي.

For Department Use Only - Instructions (یوازې د ډیپارټمنټ/ریاست کارولو لپاره - لارښوونې)

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.

14532

Barcode label