Washington State Health Care Authority

DSHS WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

نماینده قانونی
Authorized Representative

نماینده مجاز شخصی است که هنگام درخواست یا دریافت مزایا از Department of Social and Health Services (اداره خدمات اجتماعی و بهداشتی، DSHS) یا Health Care Authority (سازمان مراقبت‌های بهداشتی، HCA) انتخاب می‌کنید که نماینده شما باشد. فرد یا سازمانی که نام می‌برید، مجاز است از طرف شما برای اهداف واجد شرایط بودن اقدام کند. داشتن نماینده مجاز اختیاری است؛ اگر این فرم را امضا نکنید، DSHS یا HCA نمی‌توانند از مزایای آن خود داری کنند.

اطلاعات مشتری

نام	شماره شناسه مشتری ACES

اطلاعات نماینده مجاز

نام	سازمان و اداره (در صورت وجود)	شماره تلفن (کد منطقه)

نشانی پستی	شهر	ایالت	کد پستی

اطلاعات برنامه و مدت‌زمان

کدام برنامه(ها) را می‌خواهید نماینده مجاز شما از طرف شما اقدام کند؟ تمام مواردی را که مصداق دارد علامت بزنید.

☐ مزایای نقدی ☐ مزایای Basic Food ☐ پوشش مراقبت بهداشتی ☐ خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت

چه مدت می‌خواهید نماینده مجاز شما از طرف شما اقدام کند؟

☐ 90 روز ☐ مداوم

نمایندگان دائمی برای دریافت پول نقد و مواد غذایی پایه در پایان هر دوره صدور گواهی‌نامه منقضی می‌شوند. نمایندگان برای پوشش پزشکی در صورت درخواست یا در صورت فوت فرد یا نماینده آن‌ها منقضی می‌شوند.

برای همه برنامه‌ها، می‌توانید درخواست خود را برای یک نماینده مجاز در هر زمان، به صورت شفاهی یا کتبی، بدون تأثیر بر مزایا، حذف یا لغو کنید.

اطلاعات مکاتبه

لطفاً سطح اطلاعات یا مزایایی را که می‌خواهید نماینده مجاز شما دریافت کند، علامت بزنید.

<u>برای دریافت پول نقد، Basic Food، پوشش مراقبت‌های بهداشتی یا خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت</u>
<u>(فقط یکی از چهار کادر زیر را علامت بزنید)</u>

For Department Use Only (فقط برای استفاده در اداره) Rep Type	
NC	☐ در مورد واجد شرایط بودن من برای دریافت مزایا و عدم دریافت نامه‌ها با یک نماینده DSHS/HCA گفتگو کنید. .....
NO	☐ نامه‌های DSHS/HCA، را دریافت کنید ودر مورد واجد شرایط بودن من برای دریافت مزایا صحبت کنید. .....
AD	☐ نامه‌های DSHS/HCA، فرم‌های تمدید را دریافت کرده و در مورد واجد شرایط بودن من برای دریافت مزایا صحبت کنید.
NA	☐ نامه‌های DSHS/HCA، فرم‌های تمدید، کارت‌های ProviderOne را دریافت کنید و در مورد واجد شرایط بودن برای دریافت مزایا صحبت کنید نماینده شما کمک هزینه نقدی DSHS را دریافت می‌کند.....

<u>فقط برای پوشش مراقبت‌های بهداشتی (در صورت وجود، کادر زیر را علامت بزنید)</u>

HO	☐ نماینده بیمارستان – نامه‌ها را دریافت کنید و در مورد واجد شرایط بودن من برای دریافت مزایا صحبت کنید. .....
SB	☐ حامی مالی پرداخت حق‌بیمه‌ها. نام و آدرس حامیان مالی به دفتر استرداد مالی ارسال شد .....

مجوز مشتری

تصدیق و تأیید توسط (امضای مشتری)	تاریخ امضاشده	نام با حروف بزرگ	شماره تلفن (کد منطقه)

توجه: محدودیت‌های HIPAA ما را از بحث درباره اطلاعات سلامت فردی مشتری با نماینده مجاز باز می‌دارد، مگر اینکه نماینده وکالت‌نامه‌ای برای مشتری داشته باشد یا مشتری فرم زیر را امضا کرده است

DSHS 14-012, Consent form. این شامل افشای اطلاعات سلامت روان، نتایج آزمایش HIV/AIDS و STD، یا خدمات درمان و وابستگی (اعتیاد) شیمیایی است.

<u>For Department Use Only - Instructions (فقط برای استفاده در اداره - دستورالعمل‌ها)</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.

14532

Barcode label