ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ

Authorized Representative

ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਉਹ ਵਿਅਕਤੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਿਸਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਕਰਨ ਲਈ ਚੁਣਦੇ ਹੋ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ Department of Social and Health Services (ਸਮਾਜਿਕ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਿਭਾਗ, DSHS) ਜਾਂ Health Care Authority (ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਅਥਾਰਟੀ, HCA) ਨਾਲ ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿੰਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ ਹੋ। ਜਿਸ ਵਿਅਕਤੀ ਜਾਂ ਸੰਸਥਾਨ ਦਾ ਨਾਮ ਤੁਸੀਂ ਦਿੰਦੇ ਹੋ ਉਹ ਯੋਗਤਾ ਦੇ ਕੰਮਾਂ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਕੰਮ ਕਰਨ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰਤ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇੱਕ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਰੱਖਣਾ ਵਿਕਲਪਿਕ ਹੁੰਦਾ ਹੈ; ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਫਾਰਮ ਤੇ ਹਸਤਾਖ਼ਰ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ ਤਾਂ DSHS ਜਾਂ HCA ਲਾਭਾਂ ਨੂੰ ਰੋਕ ਨਹੀਂ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਕਲਾਇੰਟ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਨਾਮ	ACES ਕਲਾਇੰਟ ਦਾ ਆਈ.ਡੀ. ਨੰਬਰ

ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਨਾਮ	ਸੰਸਥਾਨ ਅਤੇ ਵਿਭਾਗ (ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ ਤਾਂ)	ਟੈਲੀਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ (ਏਰੀਆ ਕੋਡ)

ਡਾਕ ਭੇਜਣ ਦਾ ਪਤਾ	ਸ਼ਹਿਰ	ਰਾਜ	ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ

ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਅਤੇ ਮਿਆਦ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਵੱਲੋਂ ਕਿਹੜਾ/ਕਿਹੜੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਿੱਚ ਕੰਮ ਕਰਾਉਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ? ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਸਾਰਿਆਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ।
☐ਨਕਦ ਲਾਭ ☐ Basic Food ਦੇ ਲਾਭ ☐ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਦੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ☐ ਲੰਬੇ-ਸਮੇਂ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸਹਾਇਤਾ

ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਤੋਂ ਕਿੰਨੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਆਪਣੇ ਵੱਲੋਂ ਕੰਮ ਕਰਾਉਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ?
☐ 90 ਦਿਨ ☐ ਨਿਰੰਤਰ

ਨਕਦ ਅਤੇ ਮੂਲ ਭੋਜਨ ਲਈ ਚੱਲ ਰਹੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਾਂ ਦੀ ਮਿਆਦ ਹਰੇਕ ਪ੍ਰਮਾਣੀਕਰਣ ਦੀ ਮਿਆਦ ਦੇ ਸਮਾਪਤ ਹੋਣ 'ਤੇ ਖਤਮ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਮੈਡੀਕਲ ਸੁਰੱਖਿਆ ਲਈ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨ 'ਤੇ, ਜਾਂ ਵਿਅਕਤੀ ਜਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦੀ ਮੌਤ ਹੋਣ 'ਤੇ ਖ਼ਤਮ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ।
ਸਾਰੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਲਈ, ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਲਾਭਾਂ 'ਤੇ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਪ੍ਰਭਾਵ ਦੇ ਜ਼ੁਬਾਨੀ ਜਾਂ ਲਿਖਤ ਵਿੱਚ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਲਈ ਆਪਣੀ ਬੇਨਤੀ ਨੂੰ ਹਟਾ ਜਾਂ ਰੱਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਪੱਤਰ ਵਿਹਾਰ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਉਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਂ ਲਾਭਾਂ ਦੇ ਪੱਧਰ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਤੁਹਾਡਾ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੇ।

<u>ਨਕਦ, Basic Food, ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ਜਾਂ ਲੰਬੇ-ਸਮੇਂ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ</u>
<u>(ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਚਾਰ ਖਾਨਿਆਂ ਵਿਚੋਂ ਸਿਰਫ ਇਕ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ)</u>

	For Department Use Only (ਸਿਰਫ ਵਿਭਾਗ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਲਈ) **<u>Rep Type</u>**
☐ DSHS/HCA ਦੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦੇ ਨਾਲ ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਮੇਰੀ ਯੋਗਤਾ ਬਾਰੇ ਵਿਚਾਰ-ਵਟਾਂਦਰਾ ਕਰੋ ਅਤੇ ਪੱਤਰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਨਹੀਂ ਕਰੋ।	**NC**
☐ DSHS/HCA ਦੇ ਪੱਤਰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ ਅਤੇ ਮੇਰੀ ਯੋਗਤਾ ਬਾਰੇ ਵਿਚਾਰ-ਵਟਾਂਦਰਾ ਕਰੋ।	**NO**
☐ DSHS/HCA ਦੇ ਪੱਤਰ, ਨਵੀਨੀਕਰਣ ਫਾਰਮ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ ਅਤੇ ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਮੇਰੀ ਯੋਗਤਾ ਬਾਰੇ ਵਿਚਾਰ-ਵਟਾਂਦਰਾ ਕਰੋ।	**AD**
☐ DSHS/HCA ਦੇ ਪੱਤਰ, ਨਵੀਨੀਕਰਣ ਫਾਰਮ, ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰਵਨ ਕਾਰਡ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ ਅਤੇ ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਮੇਰੀ ਯੋਗਤਾ ਬਾਰੇ ਵਿਚਾਰ-ਵਟਾਂਦਰਾ ਕਰੋ। ਤੁਹਾਡਾ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਤੁਹਾਡੇ DSHS ਦੇ ਨਕਦ ਲਾਭ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੇਗਾ।	**NA**

<u>ਸਿਰਫ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ਲਈ (ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਖਾਨਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ)</u>

☐ ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ - ਪੱਤਰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ ਅਤੇ ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਮੇਰੀ ਯੋਗਤਾ ਬਾਰੇ ਵਿਚਾਰ-ਵਟਾਂਦਰਾ ਕਰੋ।	**HO**
☐ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਸਪਾਂਸਰ। ਫਾਇਨੈਂਸ਼ੀਅਲ ਰਿਕਵਰੀ ਦੇ ਆਫ਼ਿਸ ਨੂੰ ਸਪਾਂਸਰ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਪਤਾ ਭੇਜਿਆ ਗਿਆ।	**SB**

ਕਲਾਂਇਟ ਦਾ ਪ੍ਰਮਾਣਿਕਰਣ

ਅਧਿਕਾਰ ਦੇਣ ਵਾਲਾ (ਕਲਾਇੰਟ ਦੇ ਹਸਤਾਖ਼ਰ) **ਦੀ ਮਿਤੀ**	ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤਾ ਨਾਮ	ਟੈਲੀਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ (ਏਰੀਆ ਕੋਡ)

ਨੋਟ: HIPAA ਦੀਆਂ ਪਾਬੰਦੀਆਂ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਨਾਲ ਗਾਹਕ ਦੀ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਬਾਰੇ ਵਿਚਾਰ-ਵਟਾਂਦਰੇ ਤੋਂ ਰੋਕਦੀਆਂ ਹਨ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਕਿ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਕੋਲ ਕਲਾਇੰਟ ਲਈ ਪਾਵਰ ਆਫ਼ ਅਟਾਰਨੀ ਹੈ ਜਾਂ ਕਲਾਇੰਟ ਨੇ DSHS 14-012, Consent form. ਇਸ ਵਿੱਚ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ, HIV/AIDS ਅਤੇ STD. ਟੈਸਟ ਦੇ ਨਤੀਜਿਆਂ, ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਅਤੇ ਰਸਾਇਣਕ ਨਿਰਭਰਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ।

<u>For Department Use Only - Instructions (ਸਿਰਫ ਵਿਭਾਗ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਲਈ - ਨਿਰਦੇਸ਼)</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