Mwakilishi Aliyeidhinishwa
Authorized Representative

Mwakilishi Aliyeidhinishwa ni mtu unayemteua kukuwakilisha unapoomba au kupokea msaada kupitia Department of Social and Health Services (Idara ya Afya na Huduma za Jamii, DSHS) au Health Care Authority (Mamlaka ya Huduma za Afya, HCA). Mtu au shirika unalotaja lina idhini ya kukuwakilisha kwa madhumuni ya ustahiki. Kuwa na mwakilishi aliyeidhinishwa ni jambo la hiari; DSHS au HCA haiwezi kukunyima msaada ikiwa hutatia saini kwenye fomu hii.

Taarifa ya Mteja

JINA	NAMBARI YA KITAMBULISHO CHA MTEJA WA ACES

Taarifa ya Mwakilishi Aliyeidhinishwa

JINA	SHIRIKA NA IDARA (IKIWA INAHUSIKA)	NAMBARI YA SIMU (MSIMBO WA ENEO)

ANWANI YA POSTA	JIJI	JIMBO	MSIMBO WA ZIP

Taarifa ya Mpango na Muda

Je, ni mipango gani ambayo ungependa mwakilishi wako aliyeidhinishwa achukue hatua kwa niaba yako? Weka alama kwa yote yanayohusika.

☐ Msaada wa Pesa Taslimu ☐ Msaada wa Basic Food ☐ Bima ya Huduma ya Afya
☐ Huduma na Usaidizi wa Muda Mrefu

Ungependa mwakilishi wako aliyeidhinishwa akuwakilishe kwa muda gani?

☐ Siku 90 ☐ Kila wakati

Muda wa wawakilishi wa kila wakati wa msaada wa pesa taslimu na chakula cha msingi unaisha kila kipindi cha uthibitishaji. Muda wa wawakilishi wa bima ya matibabu unaisha baada ya kuomba au baada ya kifo cha mtu au mtu wanayemwakilisha.

Kwa mipango yote, unaweza kuondoa au kukatisha ombi lako la mwakilishi aliyeidhinishwa wakati wowote, kwa matamshi au kwa maandishi, bila athari yoyote kwa msaada wako.

Taarifa ya Mawasiliano

Tafadhali teua kiwango cha taarifa au msaada unaotaka mwakilishi wako aliyeidhinishwa apokee.

Kwa Msaada wa Pesa Taslimu, Basic Food, Bima ya Huduma ya Afya au Huduma na Usaidizi wa Muda Mrefu(teua kisanduku kimoja pekee kati ya visanduku vinne vilivyo hapa chini)

	For Department Use Only (Kwa Matumizi ya Idara Pekee) Rep Type
☐ Kujadili ustahiki wangu wa faida kupitia mwakilishi wa DSHS/HCA na asipokee barua.	NC
☐ Kupokea barua za DSHS/HCA na kujadili ustahiki wangu wa msaada.	NO
☐ Kupokea barua za DSHS/HCA, fomu za kusasisha na kujadili ustahiki wangu kwa ajili ya msaada.	AD
☐ Kupokea barua za DSHS/HCA, fomu za kusasisha, kadi za ProviderOne na kujadili ustahiki wangu kwa ajili ya msaada. Mwakilishi wangu atapokea msaada wa pesa wa DSHS.....	NA

Kwa Bima ya Huduma ya Afya Pekee (weka alama kwenye kisanduku chochote ikiwa inahusika)

☐ Mwakilishi wa hospitali – kupokea barua na kujadili ustahiki wangu wa kupokea msaada.	HO
☐ Mfadhili anayelipa malipo ya bima. Jina na anwani ya mfadhili iliyotumwa kwa Ofisi ya Urejeshaji wa Fedha.	SB

Uidhinishaji wa Mteja

IMEIDHINISHWA NA (SAINI YA MTEJA) TAREHE ILIYOTIWA SAINI	ANDIKA JINA	NAMBARI YA SIMU (MSIMBO WA ENEO)

KUMBUKA: Vizuizi vya HIPAA hutuzuia kujadili taarifa binafsi za afya ya mteja na mwakilishi aliyeidhinishwa isipokuwa iwapo mwakilishi ana mamlaka ya wakili wa mteja au mteja ametia saini DSHS 14-012, Fomu ya idhini. Hii ni pamoja na ufichuaji wa taarifa ya afya ya kiakili, matokeo ya kipimo cha VVU/UKIMWI na magonjwa ya zinaa, au matibabu na huduma za utegemezi wa dawa za kulevya.

For Department Use Only - Instructions (Kwa Matumizi ya Idara Pekee - Maagizo)

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