ตัวแทนที่ได้รับอนุญาต
Authorized Representative

ตัวแทนที่ได้รับอนุญาตเป็นบุคคลที่คุณเลือกให้เป็นตัวแทนคุณ เมื่อคุณยื่นขอหรือรับสิทธิประโยชน์กับ Department of Social and Health Services (กระทรวงสุขภาพและบริการมนุษย์, DSHS) หรือ Health Care Authority (สำนักงานสาธารณสุข, HCA) บุคคลหรือองค์กรที่คุณระบุชื่อจะได้รับอนุญาตให้ดำเนินการในนามของคุณสำหรับวัตถุประสงค์ด้านคุณสมบัติ การมีตัวแทนได้รับอนุญาตเป็นทางเลือก โดย DSHS หรือ HCA ไม่สามารถระงับสิทธิประโยชน์ได้ หากคุณไม่ลงนามในแบบฟอร์มนี้

ข้อมูลลูกค้า

ชื่อ	เลขประจำตัวลูกค้า ACES

ข้อมูลตัวแทนที่ได้รับอนุญาต

ชื่อ	องค์กรและฝ่าย (ถ้ามี)	หมายเลขโทรศัพท์ (รหัสพื้นที่)

ที่อยู่ไปรษณีย์	เมือง	รัฐ	รหัสไปรษณีย์

ข้อมูลโปรแกรมและระยะเวลา

โปรแกรมใดที่คุณต้องการให้ตัวแทนที่ได้รับอนุญาตดำเนินการในนามของคุณ? เลือกทุกข้อที่ใช่

☐ สิทธิประโยชน์เงินสด ☐ สิทธิประโยชน์ Basic Food ☐ ความคุ้มครองดูแลสุขภาพ ☐ บริการและการสนับสนุนในระยะยาว

คุณต้องการให้ตัวแทนที่ได้รับอนุญาตดำเนินการในนามของคุณนานเพียงใด? ☐ 90 วัน ☐ ต่อเนื่อง

ตัวแทนต่อเนื่องสำหรับเงินสดและอาหารพื้นฐานจะหมดอายุเมื่อสิ้นสุดระยะเวลารับรองแต่ละรอบ ตัวแทนสำหรับความคุ้มครองด้านการแพทย์จะหมดอายุเมื่อร้องขอ หรือเมื่อบุคคลหรือตัวแทนเสียชีวิต

สำหรับทุกโปรแกรม คุณสามารถลบหรือยกเลิกคำขอตัวแทนที่ได้รับอนุญาตได้ตลอดเวลาด้วยทางวาจาหรือเป็นลายลักษณ์อักษร โดยไม่มีผลกระทบต่อสิทธิประโยชน์

ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

โปรดเลือกระดับข้อมูลหรือสิทธิประโยชน์ที่คุณต้องการให้ตัวแทนที่ได้รับอำนาจได้รับ

<u>สำหรับเงินสด Basic Food ความคุ้มครองด้านการดูแลสุขภาพ หรือบริการและการสนับสนุนในระยะยาว (เลือกเพียงหนึ่งในสี่ช่องด้านล่าง)</u>

	For Department Use Only (สำหรับกรมใช้เท่านั้น) Rep Type
☐ หารือคุณสมบัติการรับสิทธิประโยชน์ของฉันกับตัวแทน DSHS/HCA และไม่รับจดหมาย	**NC**
☐ รับจดหมายของ DSHS/HCA และหารือคุณสมบัติการรับสิทธิประโยชน์ของฉัน	**NO**
☐ รับจดหมายของ DSHS/HCA, ต่ออายุแบบฟอร์ม และหารือคุณสมบัติการรับสิทธิประโยชน์ของฉัน	**AD**
☐ รับจดหมายของ DSHS/HCA, ต่ออายุแบบฟอร์ม บัตร ProviderOne และหารือคุณสมบัติการรับสิทธิประโยชน์ของฉัน ตัวแทนของคุณจะได้รับเงินสวัสดิการ DSHS ของคุณ	**NA**

<u>สำหรับความคุ้มครองการดูแลสุขภาพเท่านั้น (เลือกช่องใดช่องหนึ่ง หากเกี่ยวข้อง)</u>

☐ ตัวแทนโรงพยาบาล - รับจดหมายและหารือคุณสมบัติการรับสิทธิประโยชน์ของฉัน	**HO**
☐ ผู้สนับสนุนการชำระค่าเบี้ย ส่งชื่อและที่อยู่ของผู้ให้การสนับสนุนไปยังสำนักงานฟื้นฟูทางการเงิน	**SB**

การมอบอำนาจของลูกค้า

มอบอำนาจโดย (ลายเซ็นลูกค้า)	วันที่ลงนาม	ชื่อตัวบรรจง	หมายเลขโทรศัพท์ (รหัสพื้นที่)

หมายเหตุ: ข้อจำกัดของ HIPAA กำหนดไม่ให้เราหารือข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลของลูกค้ากับตัวแทนที่ได้รับอนุญาต ยกเว้นตัวแทนมีหนังสือมอบอำนาจของลูกค้าหรือลูกค้าลงนามใน DSHS 14-012, Consent form ซึ่งรวมถึงการเปิดเผยข้อมูลสุขภาพจิต, ผลตรวจ เอชไอวี/เอดส์ และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือบริการการรักษาและการพึ่งพาสารเคมี

<u>For Department Use Only - Instructions (สำหรับกรมใช้เท่านั้น - คำแนะนำ)</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