Yetkili Temsilci
Authorized Representative

Yetkili Temsilci, Department of Social and Health Services (Sosyal ve Sağlık Hizmetler Departmanı , DSHS) veya Health Care Authority (Sağlık Hizmetleri Kurumu, HCA) başvuruları veya ödenek/yardım alımları konusunda sizi temsil etmesi için seçmiş olduğunuz kişidir. Adını verdiğiniz şahıs ya da kurum, ödenek/yardım hakları konusunda sizi temsil etmeye yetkilidir. Yetkili bir temsilci bulundurmak isteğe bağlıdır; DSHS veya HCA, bu formu imzalamadığınız takdirde ödenekleri/yardımları durduramaz.

Müşteri Bilgileri

ADI VE SOYADI	ACES MÜŞTERİ KİMLİK NUMARASI

Yetkili Temsilci ile ilgili Bilgiler

ADI VE SOYADI	KURUM VE DEPARTMAN (VAR İSE)	TELEFON NUMARASI (ALAN KODU)

POSTA ADRESİ	ŞEHİR	EYALET	POSTA KODU

Program ve Süre Bilgileri

Yetkili temsilcinizin sizi hangi program(lar)da temsil etmesini istersiniz? Uygun tüm seçenekleri işaretleyiniz.

☐ Nakdi Yardımlar ☐ Basic Food Yardımları ☐ Sağlık Teminatı ☐ Uzun Dönem Hizmetler ve Destekler

Yetkili temsilcinizin, sizi ne kadar süre temsil etmesini istersiniz?

☐ 90 gün ☐ Sürekli

Nakdi ve temel gıda yardımlar ile ilgili sürekli temsilcilerin süresi her bir sertifikasyon süresinin bitiminde sona erer. Tıbbi teminat ile ilgili temsilcilerim süresi ise talep halinde ya da kişinin ya da onların temsilcisinin ölümü halinde sona erer. Tüm programlar ile ilgili olarak, sözlü veya yazılı olmak kaydıyla, istediğiniz zaman yetkili temsilci talebinizi geri çekebilir ya da iptal edebilirsiniz; bu durum ödenekleri/yardımları etkilemeyecektir.

Yazışma Bilgileri

Yetkili temsilcinizin almasını istediğiniz bilgilendirme düzeyini veya ödenek/yardım seçeneğini işaretleyiniz.

<u>Nakit, Basic Food, Sağlık Hizmetlerinin Karşılanması veya Uzun Dönem Hizmetler ve Destekler için (aşağıdaki dört kutudan sadece birini işaretleyin)</u>

	For Department Use Only (Yalnızca Departman Tarafından Kullanılmak Üzere) **Rep Type**
☐ Bir DSHS/HCA temsilcisi ile ödenek/yardım haklarımın görüşülmesi ve yazı alınmaması. ..	**NC**
☐ DSHS/HCA yazılarının alınması ve ödenek/yardım haklarımın görüşülmesi.	**NO**
☐ DSHS/HCA yazılarının ve yenileme formlarının alınması ve ödenek/yardım haklarımın görüşülmesi.....	**AD**
☐ DSHS/HCA yazılarının, yenileme formlarının ve ProviderOne kartlarının alınması ve ödenek/yardım haklarımın görüşülmesi. DSHS nakdi yardımlarınızı temsilciniz alacaktır. ..	**NA**
<u>Yalnızca Sağlık Teminatı (aşağıdaki kutucuklardan hangisi geçerli ise işaretleyiniz)</u>	
☐ Hastane temsilcisi – yazıları alabilir ve ödenek/yardım haklarımı görüşebilir.	**HO**
☐ Primleri ödeyen destekleyici. Mali Destek Ofisine gönderilen Sponsorların adı ve adresi. ..	**SB**

Müşteri Yetkilendirmesi

YETKİ VEREN (MÜŞTERİ İMZASI) **İMZA TARİHİ**	ADI SOYADI (DÜZ YAZI İLE)	TELEFON NUMARASI (ALAN KODU)

NOT: Yetkili temsilcinin müşteri ile ilgili bir vekâletnamesi olmaması ve müşterinin aşağıda belirtilen formu imzalamış olmaması durumunda HIPAA kısıtlamaları kapsamında müşterinin özel sağlık bilgilerini söz konusu temsilci ile görüşmemiz mümkün değildir:

DSHS 14-012, Onay formu. Bu aynı zamanda ruh sağlığı bilgilerinin, HIV/AIDS ve STD test sonuçlarının veya tedavi ya da kimyasal bağımlılık hizmetleri ile ilgili bilgilerin açıklanmasını da içermektedir.

<u>For Department Use Only - Instructions (Yalnızca Departman Tarafından Kullanılmak Üzere – Talimatlar)</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