Уповноважений представник
Authorized Representative

Уповноважений представник — це особа, яку ви обираєте для представництва ваших інтересів під час подання заявки або отримання пільг від Департаменту соціального забезпечення та охорони здоров'я (DSHS) або Управління охорони здоров'я (HCA). Особа чи організація, яку ви зазначаєте, має право діяти від вашого імені з питань визначення права на отримання допомоги. Призначення уповноваженого представника є необов'язковим; DSHS або HCA не можуть відмовити у наданні пільг, якщо ви не підпишете цю форму.

Інформація про клієнта

ІМ'Я ТА ПРІЗВИЩЕ	ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР КЛІЄНТА В СИСТЕМІ ACES

Інформація про уповноваженого представника

ІМ'Я ТА ПРІЗВИЩЕ	ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ВІДДІЛ (ЯКЩО ЗАСТОСОВНО)	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ (З КОДОМ РЕГІОНУ)

ПОШТОВА АДРЕСА	МІСТО	ШТАТ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС

Інформація щодо програми та її тривалості

У яких програмах ви хочете, щоб ваш уповноважений представник діяв від вашого імені? Оберіть усі відповідні варіанти.
☐ Грошові виплати ☐ Продовольчі пільги за програмою Basic Food ☐ Медичне страхування
☐ Програма довгострокових послуг та підтримки

Впродовж якого часу ваш уповноважений представник має діяти від вашого імені?
☐ 90 днів ☐ Постійно

Постійне представництво для грошових виплат та продовольчих пільг закінчується наприкінці кожного періоду сертифікації. Представництво для медичного страхування припиняється за запитом або у разі смерті особи чи її представника. Для всіх програм ви можете скасувати або відкликати запит на уповноваженого представника в будь-який час — усно або письмово — без впливу на отримання допомоги.

Інформація щодо кореспонденції

Будь ласка, оберіть рівень доступу до інформації або пільг, який ви хочете надати уповноваженому представнику.

Щодо грошових виплат, продовольчих пільг за програмою Basic Food, медичного страхування або програми довгострокових послуг та підтримки (позначте лише один із чотирьох варіантів нижче)

	For Department Use Only (Тільки для використання Департаментом) Rep Type
☐ Обговорювати моє право на отримання пільг із представником DSHS/HCA без отримання листів…	NC
☐ Отримувати листи від DSHS/HCA та обговорювати мої права щодо пільг.	NO
☐ Отримувати листи від DSHS/HCA, форми поновлення та обговорювати мої права щодо пільг.	AD
☐ Отримувати листи від DSHS/HCA, форми поновлення, картки ProviderOne та обговорювати мої права щодо пільг. Ваш представник отримуватиме ваші грошові виплати від DSHS.	NA

Тільки для медичного страхування (поставте позначку в будь-якому полі нижче, якщо застосовно)

☐ Представник у лікувальних закладах — отримувати листи та обговорювати мої права щодо пільг. ..	HO
☐ Спонсор, що сплачує страхові внески. Ім'я/назва та адреса спонсора відправлені до Бюро фінансових відшкодувань (Office of Financial Recovery).	SB

Дозвіл клієнта

УПОВНОВАЖЕНО (ПІДПИС КЛІЄНТА) ДАТА ПІДПИСАННЯ	ІМ'Я ТА ПРІЗВИЩЕ ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ (З КОДОМ РЕГІОНУ)

ПРИМІТКА: обмеження HIPAA забороняють нам обговорювати індивідуальну медичну інформацію клієнта з уповноваженим представником, якщо представник не має довіреності або клієнт не підписав форму згоди DSHS 14-012. Це включає розкриття інформації про психічне здоров'я, результати тестів на ВІЛ/СНІД та ЗПСШ, або лікування та послуги з лікування хімічної залежності.

For Department Use Only (Тільки для використання Департаментом) - Instructions

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