Washington State Health Care Authority

DSHS Washington State Department of Social and Health Services

مجاز نمائندہ
Authorized Representative

ایک مجاز نمائندہ وہ شخص ہوتا ہے جسے آپ اپنی نمائندگی کے لیے منتخب کرتے ہیں جب آپ Department of Social and Health Services (محکمہ برائے سماجی و صحت کی خدمات، DSHS) یا Health Care Authority (نگہداشتِ صحت اتھارٹی، HCA) کے ساتھ فوائد کے لیے درخواست دیتے ہیں یا وصول کرتے ہیں۔ آپ جس فرد یا تنظیم کا نام دیتے ہیں وہ اہلیت کے مقاصد کے لیے آپ کی طرف سے کام کرنے کا مجاز ہوتا ہے۔
ایک مجاز نمائندہ کا حاصل کرنا اختیاری ہے؛ اگر آپ اس فارم پر دستخط نہیں کرتے تو DSHS یا HCA فوائد کو روک نہیں سکتے ہیں۔

کلائنٹ کی معلومات

نام	ACES کلائنٹ ID نمبر

مجاز نمائندہ کی معلومات

نام	تنظیم اور محکمہ (اگر قابل اطلاق ہو)	فون نمبر (علاقہ کوڈ)

ڈاک کا پتہ

شہر ریاست زپ کوڈ

پروگرام اور دورانیہ سے متعلق معلومات

آپ اپنے مجاز نمائندہ کے لیے آپ کی طرف سے کس پروگرام(پروگراموں) کے لیے کام کروانا چاہتے ہیں؟ تمام قابل اطلاق پر نشان لگائیں۔
☐ کیش بینیفٹس ☐ Basic Food بینیفٹس ☐ ہیلتھ کیئر کوریج ☐ طویل مدتی خدمات اور معاونت

آپ کیا چاہتے ہیں کہ آپ کا مجاز نمائندہ آپ کی طرف سے کتنے عرصے تک کام کرتا رہے؟
☐ 90 دن ☐ مسلسل جاری رکھیں

نقدی اور بنیادی غذا کے لیے مسلسل جاری نمائندوں کی میعاد ہر توثیق دہی کی مدت کے اختتام پر ختم ہو جاتی ہے۔ میڈیکل کوریج کے لیے نمائندے کی میعاد درخواست کرنے پر، یا فرد یا ان کے نمائندے کی وفات پر ختم ہو جاتی ہے۔
تمام پروگراموں کے لیے، آپ کسی بھی وقت، زبانی یا تحریری طور پر، فوائد کو متاثر کیے بغیر، مجاز نمائندے کے لیے اپنی درخواست کو ختم یا منسوخ کر سکتے ہیں۔

خط و کتابت کی معلومات

براہ کرم اُس معلومات یا فوائد کی سطح پر نشان لگائیں جو آپ اپنے مجاز نمائندے کے ذریعے حاصل کرنا چاہتے ہیں۔

For Department Use Only (صرف محکمہ کے استعمال کے لیے) Rep Type	
	نقد رقم، Basic Food، نگہداشت صحت کی کوریج یا طویل مدتی خدمات اور معاونت (ذیل میں دیے گئے چار باکسز میں سے صرف ایک پر نشان لگائیں)
NC	☐ فوائد کے لیے میری اہلیت سے متعلق DSHS/HCA کے نمائندے سے بات چت کریں اور خطوط وصول نہ کریں۔ .....
NO	☐ DSHS/HCA خطوط وصول کریں اور فوائد کے لیے میری اہلیت پر بات چیت کریں۔.....
AD	☐ DSHS/HCA خطوط، تجدید فارمز وصول کریں اور فوائد کے لیے میری اہلیت پر بات چیت کریں۔.....
NA	☐ DSHS/HCA خطوط، تجدید فارمز، ProviderOne کارڈز وصول کریں اور فوائد کے لیے میری اہلیت پر بات چیت کریں۔ آپ کا نمائندہ آپ کے DSHS نقد فوائد حاصل کرے گا۔.....
	صرف ہیلتھ کیئر کوریج کے لیے (اگر قابل اطلاق ہو تو ذیل کے کسی ایک خانے میں نشان لگائیں)
HO	☐ ہسپتال کا نمائندہ – خطوط وصول کریں اور فوائد کے لیے میری اہلیت پر بات چیت کریں۔.....
SB	☐ پریمیئمز ادا کرنیوالا اسپانسر۔ اسپانسرز کے نام اور پتے دفتر برائے مالیاتی بحالی کو بھیج دیے گئے ہیں۔.....

کلائنٹ کی اجازت دہی

مجاز کردہ بطرف (کلائنٹ کے دستخط)	دستخط کی تاریخ	نام پرنٹ کریں	فون نمبر (علاقہ کوڈ)

نوٹ: HIPAA کی پابندیاں ہمیں کلائنٹ کی انفرادی صحت کی معلومات کے بارے میں مجاز نمائندے کے ساتھ بات چیت کرنے سے روکتی ہیں سوائے کہ اگر نمائندے کو کلائنٹ کے لیے پاور آف اٹارنی/مختار نامہ حاصل ہو یا کلائنٹ نے رضامندی کا فارم DSHS 14-012 اس میں ذہنی صحت کی معلومات، HIV/AIDS اور STD ٹیسٹ کے نتائج، یا علاج اور کیمیائی انحصار کی خدمات سے متعلق انکشاف شامل ہوتا ہے۔

For Department Use Only - Instructions (صرف محکمہ کے استعمال کے لیے – ہدایات)

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.

14532

Barcode label