Người Đại Diện Được Ủy Quyền
Authorized Representative

Người đại diện được ủy quyền là cá nhân do quí vị chỉ định để thay mặt quí vị trong quá trình nộp đơn xin hoặc thụ hưởng các quyền lợi tại Department of Social and Health Services (Sở Y Tế Xã Hội, DSHS) hoặc Health Care Authority (Cơ Quan Chăm sóc Sức khỏe, HCA). Cá nhân hoặc tổ chức được quí vị nêu tên được ủy quyền đại diện cho quí vị trong các vấn đề liên quan đến việc xét duyệt điều kiện thụ hưởng. Việc chỉ định người đại diện được ủy quyền là không bắt buộc. DSHS hoặc HCA không được phép từ chối cấp quyền lợi nếu quí vị không ký tên vào mẫu đơn này.

Thông Tin Về Thân Chủ

TÊN	SỐ ID THÂN CHỦ TRÊN HỆ THỐNG ACES

Thông Tin Người Đại Diện Được Ủy Quyền

TÊN	TỔ CHỨC VÀ BỘ PHẬN (NẾU CÓ)	SỐ ĐIỆN THOẠI (MÃ VÙNG)

ĐỊA CHỈ NHẬN THƯ	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	MÃ BƯU CHÍNH

Thông Tin Về Chương Trình Và Thời Hạn

Quí vị muốn người đại diện được ủy quyền thay mặt quí vị trong chương trình nào? Đánh dấu vào tất cả các mục mong muốn.

☐ Trợ cấp Tiền mặt ☐ Trợ cấp Basic Food ☐ Bảo hiểm Chăm sóc Sức khỏe ☐ Các Dịch vụ và Hỗ trợ Dài hạn

Quí vị muốn người đại diện được ủy quyền thay mặt quí vị trong bao lâu?

☐ 90 ngày ☐ Tiếp tục cho đến khi có thay đổi

Quyền đại diện tiếp tục với trợ cấp tiền mặt và Basic Food sẽ hết hạn vào cuối mỗi giai đoạn xác nhận điều kiện. Quyền đại diện với bảo hiểm y tế sẽ hết hạn khi có yêu cầu, hoặc khi cá nhân thụ hưởng hoặc người đại diện qua đời.

Với mọi chương trình, quí vị đều có thể gỡ bỏ hoặc hủy yêu cầu chỉ định người đại diện được ủy quyền vào bất kỳ lúc nào, bằng lời nói hoặc văn bản, mà không gây ảnh hưởng đến các quyền lợi của mình.

Thông Tin Về Thư Từ Liên Lạc

Vui lòng đánh dấu vào mức độ thông tin hoặc quyền lợi mà quí vị muốn người đại diện được ủy quyền nhận được.

	For Department Use Only (Dành cho Sở) Rep Type
Đối với Trợ cấp Tiền mặt, Basic Food, Bảo hiểm Chăm sóc Sức khỏe hoặc Các Dịch vụ và Hỗ trợ Dài hạn (Chỉ đánh dấu vào một trong bốn ô dưới đây)	
☐ Thảo luận về điều kiện thụ hưởng của tôi với đại diện DSHS/HCA và không nhận thư từ.	**NC**
☐ Nhận thư từ của DSHS/HCA và thảo luận về điều kiện thụ hưởng của tôi.	**NO**
☐ Nhận thư từ, mẫu đơn gia hạn của DSHS/HCA và thảo luận về điều kiện thụ hưởng của tôi.	**AD**
☐ Nhận thư từ, mẫu đơn gia hạn của DSHS/HCA, thẻ ProviderOne và thảo luận về điều kiện thụ hưởng của tôi. Người đại diện sẽ nhận các khoản trợ cấp tiền mặt DSHS của quí vị.	**NA**
Chỉ dành cho Bảo hiểm Chăm sóc Sức khỏe (Đánh dấu vào các ô áp dụng)	
☐ Đại diện bệnh viện – nhận thư từ và thảo luận về điều kiện thụ hưởng của tôi.	**HO**
☐ Nhà tài trợ đóng phí bảo hiểm. Tên và địa chỉ của nhà tài trợ sẽ được gửi đến Văn phòng Thu hồi Tài chính.	**SB**

Ủy Quyền Của Khách Hàng

ĐƯỢC ỦY QUYỀN BỞI (CHỮ KÝ KHÁCH HÀNG) NGÀY KÝ	HỌ TÊN CHỮ IN	SỐ ĐIỆN THOẠI (MÃ VÙNG)

LƯU Ý: Các quy định hạn chế của đạo luật HIPAA ngăn cản chúng tôi thảo luận về thông tin sức khỏe cá nhân của khách hàng với người đại diện được ủy quyền, trừ khi người đại diện đó có quyền đại diện pháp lý (power of attorney) cho khách hàng hoặc khách hàng đã ký Mẫu đơn Chấp thuận DSHS 14-012. Điều này bao gồm việc tiết lộ thông tin về sức khỏe tâm thần, kết quả xét nghiệm HIV/AIDS và các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STD), hoặc các dịch vụ điều trị và cai nghiện chất kích thích.

For Department Use Only - Instructions (Dành cho Sở – Hướng Dẫn)

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