



DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION

ФАМИЛИЯ, ИМЯ И АДРЕС ПРЕДСТАВИТЕЛЯ КЛИЕНТА

Уважаемый(-ая)

По имеющимся у нас данным, вы определены _____

опекуном или представителем интересов указанного лица в соответствии с долгосрочной доверенностью на принятие решений о медицинской помощи (DPOA). Я обращаюсь к вам с просьбой представить копию действующего решения суда или доверенности на принятие решений о медицинской помощи (DPOA), подтверждающих ваши полномочия. Отдел DDA обязан проверить статус опекуна или представителя интересов другого лица в соответствии с доверенностью DPOA, прежде чем разрешить кому-либо, кроме клиента, давать согласие на предоставление услуг. Важно, чтобы мы получили эти документы до _____ следующей оценки.

ИМЯ, ФАМИЛИЯ КЛИЕНТА

Если у вас есть какие-либо вопросы, обращайтесь ко мне по телефону _____

НОМЕР ТЕЛЕФОНА

Пожалуйста, отправьте действующее распоряжение суда или документы об оформлении Долгосрочной доверенности (DPOA) в указанный ниже офис отдела DDA:

Благодарю вас.

ФАМИЛИЯ, ИМЯ И ДОЛЖНОСТЬ РАСПОРЯДИТЕЛЯ РЕСУРСОВ ПО ДЕЛУ

Копия: Дело клиента

INSTRUCTIONS

When do I send this form to the legal representative?

You send this form when an individual has been identified as the legal representative for your client and you do not have a current copy of the guardianship or DPOA for healthcare document in your client's file.