

**Լիազորված ներկայացուցիչ
Authorized Representative**

Լիազորված ներկայացուցիչն այն անձն է, ում Դուք նշանակել եք ներկայացնելու Ձեզ, երբ Դուք դիմում կամ ստանում եք նպաստներ Մոնիթորինգի և առողջապահական ծառայությունների վարչությունից (DSHS) կամ Առողջապահական խնամքի մարմնից (HCA): Այս անձը կամ կազմակերպությունը լիազորված է գործելու Ձեր անունից իրավունակ նպատակներով: Լիազորված ներկայացուցիչ ունենալը կամրնտիր է: DSHS-ը կամ HCA-ը չի կարող չտրամադրել նպաստներ, եթե Դուք չստորագրեք այս ձևը:

Տեղեկություններ հաճախորդի մասին	
ԱՆՈՒՆ	ACES ՀԱՃԱԽՈՐԴԻ ID ՀԱՄԱՐ

Տեղեկություններ Լիազորված ներկայացուցչի մասին		
ԱՆՈՒՆ	ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅՈՒՆ ԿԱՄ ՎԱՐՉՈՒԹՅՈՒՆ (ԵԹԵ ԿԻՐԱՌԵԼԻ Է)	ՀԵՌԱԽՈՍԱՀԱՄԱՐ (ՏԱՐԱԾՔԻ ԿՈՐ)
ՓՈՍՏԱՅԻՆ ՀԱՍՑԵ	ՔՍՂԱՔ	ՆԱՀԱՆԳ ՓՈՍՏԱՅԻՆ ԿՈՐ

Տեղեկություններ ծրագրի և տևողության մասին
<p>Ո՞ր ծրագրի համար կցանկանայիք, որ Ձեր լիազորված ներկայացուցիչը գործեր Ձեր անունից: Նշեք բոլոր կիրառելիները:</p> <p><input type="checkbox"/> Կանխիկ նպաստներ <input type="checkbox"/> Հիմնական սննդային նպաստներ <input type="checkbox"/> Առողջապահական խնամքի ծածկույթ</p> <p><input type="checkbox"/> Երկարաժամկետ խնամքի ծածկույթ</p> <p>Որքա՞ն ժամանակ կցանկանայիք, որ Ձեր լիազորված ներկայացուցիչը գործեր Ձեր անունից:</p> <p><input type="checkbox"/> 90 օր <input type="checkbox"/> Վկայագրման ժամկետի ավարտ (հիմնականում մեկ տարի)</p> <p>Դուք կարող եք որևէ պահի հետ վերցնել կամ չեղյալ համարել լիազորված ներկայացուցչի համար Ձեր խնդրանքը՝ բանավոր կամ գրավոր, առանց նպաստների վրա որևէ ազդեցության:</p>

Տեղեկություններ նամակագրության մասին	FOR DEPARTMENT USE ONLY (ՄԻՍՅՆ ՎԱՐՉՈՒԹՅԱՆ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ՀԱՄԱՐ) Rep Type NC NO AD NA HO SB
Խնդրում եմ նշել Ձեր ցանկացած տեղեկատվության կամ նպաստների մակարդակը, որ Ձեր լիազորված ներկայացուցիչն ստանա:	
Կանխիկ, Հիմնական սննդի, Առողջապահական խնամքի ծածկույթի կամ Երկարաժամկետ խնամքի համար (նշեք ստորև ներկայացված չորս վանդակներից միայն մեկը)	
<input type="checkbox"/> Քննարկել նպաստների համար իմ իրավունակությունը DSHS/HCA ներկայացուցիչների հետ և նամակներ չստանալ: <input type="checkbox"/> Ստանալ DSHS/HCA նամակներ և քննարկել նպաստների համար իմ իրավունակությունը: <input type="checkbox"/> Ստանալ DSHS/HCA նամակներ, թարմացման ձևեր և քննարկել նպաստների համար իմ <input type="checkbox"/> Ստանալ DSHS/HCA նամակներ, թարմացման ձևեր, վճարներ, ProviderOne քարտեր և քննարկել նպաստների համար իմ իրավունակությունը	
Միայն առողջապահական խնամքի ծածկույթի համար (նշեք ստորև որևէ վանդակ, եթե կիրառելի է)	
<input type="checkbox"/> Հիվանդանոցի ներկայացուցիչ – ստանալ նամակներ և քննարկել նպաստների համար իմ <input type="checkbox"/> Ապահովագրված վճարող հովանավոր: Ֆինանսական վերականգնման գրասենյակ ուղարկված հովանավորների անուն, հասցե	

Հաճախորդի լիազորություն		
ԼԻԱԶՈՐՎԱԾ Է (ՀԱՃԱԽՈՐԴԻ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ) ՍՏՈՐԱԳՐՄԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎ	ԱՆՈՒՆ՝ ՏՊԱՏԱՌ	ՀԵՌԱԽՈՍԱՀԱՄԱՐ (ՏԱՐԱԾՔԻ ԿՈՐ)

ՆՇՈՒՄ. HIPAA սահմանափակումները թույլ չեն տալիս մեզ քննարկել հաճախորդի անձնական առողջական տեղեկությունները լիազորված ներկայացուցչի հետ, եթե ներկայացուցիչը չունի լիազորագիր հաճախորդի համար կամ հաճախորդը չի ստորագրել [DSHS 14-012, Համաձայնության ձևը](#): Սա ներառում է հոգեկան առողջության, HIV/AIDS-ի և STD թեստի արդյունքների կամ բուժման կամ քիմիական կախվածության ծառայությունների վերաբերյալ տեղեկությունների բացահայտում:

FOR DEPARTMENT USE ONLY (ՄԻՍՅՆ ՎԱՐՉՈՒԹՅԱՆ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ՀԱՄԱՐ) 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.

