

Упълномощеният представител е някой, който Вие сте избрали да Ви представлява, когато кандидатствате за или получавате обезщетения от Департамента за социални и здравни услуги (Department of Social and Health Services, DSHS) или Службата по здравеопазване (Health Care Authority, HCA). Лицето или организацията, които посочите, са упълномощени да действат от Ваше име за целите на допустимостта. Разполагането с упълномощен представител е по избор; DSHS или HCA не може да удържи обезщетенията, ако не подпишете този формуляр.

<b>Информация за клиента</b>			
ИМЕ		КЛИЕНТСКИ ИДЕНТИФИКАЦИОНЕН НОМЕР В ACES (Automated Client Eligibility System [Автоматизирана система за избираемост на клиенти])	
<b>Информация за упълномощения представител</b>			
ИМЕ	ОРГАНИЗАЦИЯ И ДЕПАРТАМЕНТ (АКО Е ПРИЛОЖИМО)	ТЕЛЕФОНЕН НОМЕР (РЕГИОНАЛЕН КОД)	
ПОЩЕНСКИ АДРЕС	ГРАД	ЩАТ	ПОЩЕНСКИ КОД
<b>Информация за програмата и продължителността</b>			
<p>По коя(кои) програма(и) желаете да действа от Ваше име упълномощеният представител? Отбележете всички приложими.</p> <p><input type="checkbox"/> Парични обезщетения <input type="checkbox"/> Обезщетения чрез осигуряване на основни храни <input type="checkbox"/> Поемане на здравни грижи <input type="checkbox"/> Дългосрочни услуги и помощи</p> <p>Колко дълго желаете Вашият упълномощен представител да действа от Ваше име?  <input type="checkbox"/> 90 дни <input type="checkbox"/> Продължително време</p> <p>Правомощията на действащите продължително време представители за парични средства и основни храни изтичат в края на всеки сертификационен период. Правомощията на представителите за поемане на медицинското обслужване изтичат при заявка или при смърт на лицето или неговия представител.</p> <p>За всички програми можете да премахнете или отмените Вашата заявка за упълномощен представител по всяко време, устно или в писмен вид, без това да окаже влияние върху обезщетенията.</p>			
<b>Информация за кореспонденция</b>			Само за служебно ползване <b>Rep Type</b> NC NO AD NA HO SB
Моля, проверете нивото на информация или обезщетения, които желаете Вашият упълномощен представител да получи. <b><u>За парични средства, основни храни, поемане на здравни грижи или дългосрочни услуги и помощи (поставете отметка само в едно от полетата по-долу)</u></b>			
<input type="checkbox"/> Обсъждане на моята допустимост за обезщетения с представител на DSHS/HCA и без получаване на писма. . <input type="checkbox"/> Получаване на писма от DSHS/HCA и обсъждане на моята допустимост за обезщетения. .... <input type="checkbox"/> Получаване на писма от DSHS/HCA, формуляри за подновяване и обсъждане на моята допустимост за обезщетения. .... <input type="checkbox"/> Получаване на писма от DSHS/HCA, формуляри за подновяване, карти ProviderOne и обсъждане на моята допустимост за обезщетения. Вашият представител ще получава Вашите парични обезщетения от DSHS .....			
<b><u>Само за поемане на здравни грижи (поставете отметка в някое от полетата по-долу, ако е приложимо)</u></b> <input type="checkbox"/> Болничен представител – получаване на писма и обсъждане на моята допустимост за обезщетения. .... <input type="checkbox"/> Спонсор, изплащач премии. Име и адрес на спонсора, изпратени до Службата за възстановяване на суми. ....			
<b>Упълномощаване от клиента</b>			
УПЪЛНОМОЩЕН ОТ (ПОДПИС НА КЛИЕНТА)	ДАТА НА ПОДПИСВАНЕ	ИМЕ С ПЕЧАТНИ БУКВИ	ТЕЛЕФОНЕН НОМЕР (РЕГИОНАЛЕН КОД)
ЗАБЕЛЕЖКА: Ограниченията на HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act [Закона за преносимост и отчетност при здравното застраховане]) ни възпрепятстват да обсъждаме индивидуалната здравна информация на клиента с упълномощения представител, освен ако представителят не разполага с пълномощно от клиента или клиентът е подписал <a href="#">DSHS 14-012. Формуляр за съгласие</a> . Това включва оповестяването на информация за психичното здраве, резултати от изследвания за ХИВ/СПИН и болести, предавани по полов път, или услуги по лечение и наркотична зависимост.			
<b><u>Само за ползване от Департамента - инструкции</u></b>			
Rep Type (Вид представител) – ACES не ограничава избора на вид представител до гореизброените кодове. Ако дадена програма изисква Rep Type, който не е изброен по-горе или бъде избран някой от горепосочените кодове, но той не е подходящ за конкретната ситуация (като за групов дом, защитен платеж и др.), въведете подходящия за специфичната програма Rep Type на екрана AREP.			

