

অনুমোদিত প্রতিনিধি হলেন এমন একজন ডিপার্টমেন্ট অব সোশ্যাল অ্যান্ড হেলথ সার্ভিসেস (ডিএসএইচএস) [Department of Social and Health Services (DSHS)] অথবা হেলথ কেয়ার অথরিটি (এইচসিএ) [Health Care Authority (HCA)] তে বেনিফিট পাওয়ার জন্য আবেদন করা অথবা বেনিফিট পাওয়ার সময় আপনার প্রতিনিধিত্ব করার জন্য যাঁকে আপনি মনোনীত করেন। এই ব্যক্তি অথবা সংগঠন যোগ্যতার উদ্দেশ্যগুলির জন্য আপনার হয়ে কাজ করতে অনুমোদিত হয়ে থাকেন। কোনো অনুমোদিত প্রতিনিধি থাকা ঐচ্ছিক; আপনি এই ফর্মে স্বাক্ষর না করলে ডিএসএইচএস (DSHS) অথবা এইচসিএ (HCA) বেনিফিট আটকে রাখতে পারে না।

ক্লায়েন্ট তথ্য			
নাম		এসিইএস (ACES) ক্লায়েন্ট আইডি নম্বর	
অনুমোদিত প্রতিনিধি তথ্য			
নাম		সংগঠন ও বিভাগ (প্রযোজ্য হলে)	ফোন নম্বর (অঞ্চলের কোড)
ডাক ঠিকানা	নগর	প্রদেশ	জিপ কোড
কর্মসূচি ও স্থিতিকাল সংক্রান্ত তথ্য			
আপনি কোন কর্মসূচি(গুলি)তে আপনার হয়ে আপনার অনুমোদিত প্রতিনিধিকে কাজ করতে দিতে চান? প্রযোজ্য সবগুলিতে টিক দিন।			
<input type="checkbox"/> নগদ বেনিফিট <input type="checkbox"/> বুনিয়াদি খাদ্য বেনিফিট <input type="checkbox"/> স্বাস্থ্য যত্ন কভারেজ <input type="checkbox"/> দীর্ঘমেয়াদী যত্ন কভারেজ আপনি কতদিন আপনার অনুমোদিত প্রতিনিধিকে আপনার হয়ে কাজ করতে দিতে চান? <input type="checkbox"/> 90 দিন <input type="checkbox"/> প্রত্যয়ন সময়সীমার শেষ অবধি (সাধারণত এক বছর) আপনি যেকোনো সময়, বেনিফিটের উপর কোনো প্রভাব ব্যতিরেকে, কোনো অনুমোদিত প্রতিনিধির জন্য আপনার অনুরোধ, মৌখিক বা লিখিত রূপে প্রত্যাহার করে নিতে বা নাকচ করতে পারেন।			
চিঠিপত্র সংক্রান্ত তথ্য			
অনুগ্রহ করে আপনি আপনার অনুমোদিত প্রতিনিধিকে যে স্তরের তথ্য বা বেনিফিট পেতে দিতে চান সেই অনুসারে টিক দিন।			FOR DEPARTMENT USE ONLY
নগদ, বুনিয়াদি খাদ্য, স্বাস্থ্য যত্ন কভারেজ অথবা দীর্ঘমেয়াদী যত্নের জন্য			
(নিচের চারটি খোপের মধ্যে শুধু একটিতে টিক দিন)			
<input type="checkbox"/> একজন ডিএসএইচএস/এইচসিএ (DSHS/HCA) প্রতিনিধির সঙ্গে আমার বেনিফিট পাওয়ার যোগ্যতা নিয়ে আলোচনা করুন এবং তিনি চিঠিপত্র পাবেন না. <input type="checkbox"/> DSHS/HCA চিঠিপত্র পাবেন এবং আমার বেনিফিট পাওয়ার যোগ্যতা আলোচনা করবেন..... <input type="checkbox"/> DSHS/HCA চিঠিপত্র, নবীকরণ ফর্ম পাবেন এবং আমার বেনিফিট পাওয়ার যোগ্যতা আলোচনা করবেন. <input type="checkbox"/> DSHS/HCA চিঠিপত্র, নবীকরণ ফর্ম, পেমেন্ট, প্রোভাইডারওয়ান (ProviderOne) কার্ড পাবেন এবং আমার বেনিফিট পাওয়ার যোগ্যতা আলোচনা করবেন....			
শুধু স্বাস্থ্য যত্ন কভারেজের জন্য (প্রযোজ্য হলে নিচের যেকোন একটি খোপে টিক দিন)			Rep Type
<input type="checkbox"/> হাসপাতাল প্রতিনিধি – চিঠিপত্র পাবেন এবং আমার বেনিফিট পাওয়ার যোগ্যতা আলোচনা করবেন. <input type="checkbox"/> স্পনসর প্রিমিয়ামের অর্থ প্রদান করছেন। ফিন্যানশিয়াল রিকভারি অফিসে প্রেরিত স্পনসরের নাম ও ঠিকানা			NC NO AD NA HO SB
ক্লায়েন্ট অনুমোদন			
অনুমোদিত (ক্লায়েন্টের স্বাক্ষর)		স্বাক্ষরের তারিখ	মুদ্রিত নাম
			ফোন নম্বর (অঞ্চলের কোড)

দ্রষ্টব্য: হিপা (HIPAA) বিধিনিষেধ ক্লায়েন্টের স্বাস্থ্য সংক্রান্ত ব্যক্তিগত তথ্য অনুমোদিত প্রতিনিধির সঙ্গে আলোচনা করতে আমাদের বাধা দেয় যদি না প্রতিনিধির কাছে ক্লায়েন্টের পাওয়ার অব অ্যাটর্নি থাকে অথবা ক্লায়েন্ট [DSHS 14-012](#), [সম্মতি পত্র](#) স্বাক্ষর করে থাকেন। মানসিক স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য, এইচআইভি/এইডস (HIV/AIDS) এবং এসটিডি (STD) পরীক্ষার ফলাফল, অথবা চিকিৎসা ও কেমিক্যাল নির্ভরতা সেবাসমূহ এর অন্তর্গত।

**FOR DEPARTMENT USE ONLY
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.



