

Ovlašteni zastupnik je osoba koju sami birate da Vas zastupa prilikom podnošenja zahtjeva ili primanja naknada od Odjela za socijalne i zdravstvene usluge (Department of Social and Health Services, DSHS) ili Uprave za zdravstvenu zaštitu (Health Care Authority, HCA). Osoba ili organizacija koju navedete ima ovlaštenje da djeluje u Vaše ime radi utvrđivanja prava na naknade. Imenovanje ovlaštenog zastupnika nije obavezno; DSHS ili HCA Vam ne mogu uskratiti naknade ako ne potpišete ovaj obrazac.

Podaci o korisniku			
IME I PREZIME	ACES IDENTIFIKACIJSKI BROJ KORISNIKA		
Podaci o ovlaštenom zastupniku			
IME I PREZIME	ORGANIZACIJA I ODJEL (AKO JE PRIMJENJIVO)	BROJ TELEFONA (POZIVNI BROJ)	
POŠTANSKA ADRESA	GRAD	DRŽAVA	POŠTANSKI BROJ
Podaci o programu i trajanju			
<p>Za koje programe želite da Vas ovlašteni zastupnik zastupa? Označite sve što se odnosi na Vas.  <input type="checkbox"/> Novčana pomoć <input type="checkbox"/> Osnovna pomoć za prehranu <input type="checkbox"/> Zdravstveno osiguranje <input type="checkbox"/> Usluge dugotrajne njege i podrške</p> <p>Na koji period želite ovlastiti Vašeg zastupnika?  <input type="checkbox"/> 90 dana <input type="checkbox"/> Trajno</p> <p>Trajno ovlaštenje zastupnika za novčanu pomoć i pomoć za prehranu prestaje važiti na kraju svakog perioda certifikacije. Ovlaštenje zastupnika za zdravstveno osiguranje prestaje važiti na zahtjev ili u slučaju smrti korisnika ili zastupnika.</p> <p>Za sve programe, ovlaštenje zastupnika možete opozvati ili poništiti u bilo kojem trenutku, usmeno ili pismeno, bez utjecaja na Vaše naknade.</p>			
Podaci o korespondenciji			
<p>Molimo označite koje informacije ili naknade želite da Vaš ovlašteni zastupnik prima.</p> <p><b><u>Za novčanu pomoć, pomoć za prehranu, zdravstveno osiguranje ili usluge dugotrajne njege i podrške (označite samo jednu od četiri opcije ispod)</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Razgovarati o mom pravu na naknade sa službenikom DSHS/HCA, bez primanja pisama....</p> <p><input type="checkbox"/> Primati pisma od DSHS/HCA i razgovarati o mom pravu na naknade. ....</p> <p><input type="checkbox"/> Primati pisma od DSHS/HCA, obrasce za obnovu i razgovarati o mom pravu na naknade. ....</p> <p><input type="checkbox"/> Primati pisma od DSHS/HCA, obrasce za obnovu, ProviderOne kartice i razgovarati o mom pravu na naknade. Vaš zastupnik će primati Vaše novčane naknade od DSHS-a. ....</p> <p><b><u>Samo za zdravstveno osiguranje (označite jednu od opcija ispod ako je primjenjivo)</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Zastupnik bolnice – prima pisma i razgovara o mom pravu na naknade. ....</p> <p><input type="checkbox"/> Sponzor plaća premije. Ime i adresa sponzora dostavljaju se Uredu za finansijski oporavak (Office of Financial Recovery).....</p>			<p style="text-align: center;">Samo za službenu upotrebu</p> <p style="text-align: center;"><b>Tip zastupnika</b></p> <p style="text-align: center;"><b>NC</b></p> <p style="text-align: center;"><b>NO</b></p> <p style="text-align: center;"><b>AD</b></p> <p style="text-align: center;"><b>NA</b></p> <p style="text-align: center;"><b>HO</b></p> <p style="text-align: center;"><b>SB</b></p>
Ovlaštenje korisnika			
ODOBRIO (POTPIS KORISNIKA)	DATUM POTPISA	ŠAMPANO IME I PREZIME	BROJ TELEFONA (POZIVNI BROJ)
<p>NAPOMENA: Zbog HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act, Zakon o prenosivosti i odgovornosti zdravstvenog osiguranja) ograničenja, ne možemo razgovarati o zdravstvenim podacima korisnika s ovlaštenim zastupnikom, <a href="#">osim ako zastupnik ima punomoć za korisnika ili je korisnik potpisao obrazac saglasnosti DSHS 14-012</a>. Ovo uključuje otkrivanje podataka o mentalnom zdravlju, rezultata testiranja na HIV (Human Immunodeficiency Virus, virus humane imunodeficiencije)/AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome, sindrom stečene imunodeficiencije) i spolno prenosive bolesti, te informacija o liječenju i uslugama za ovisnost o supstancama.</p>			
Samo za službenu upotrebu - Upute			
<p><b>Tip zastupnika – ACES (Access to Client Electronic Services, pristup elektronskim servisima za klijente) ne ograničava izbor tipa zastupnika samo na gore navedene kodove. Ako program zahtijeva tip zastupnika koji nije gore naveden, ili ako je odabran neki od gore navedenih kodova ali nije primjeren za datu situaciju (npr. grupni dom, zaštitni primatelj isplata i sl.), unesite odgovarajući tip zastupnika specifičan za taj program na AREP (Authorized Representative, ovlašteni zastupnik) ekranu.</b></p>			