

អ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតគឺជាមនុស្សម្នាក់ដែលអ្នកជ្រើសរើសឱ្យតំណាងអ្នកនៅពេលអ្នកដាក់ពាក្យសុំ ឬទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ជាមួយ Department of Social and Health Services (ក្រសួងសេវាសង្គមកិច្ច និងសុខាភិបាល, DSHS) ឬ Health Care Authority (អាជ្ញាធរសុខាភិបាល, HCA)។ បុគ្គល ឬស្ថាប័នដែលអ្នកជ្រើសរើសត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យធ្វើការជំនួសអ្នកសម្រាប់គោលបំណងទទួលបានសិទ្ធិ។ ការមានអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតគឺជាលក្ខខណ្ឌស្រេចចិត្ត DSHS ឬ HCA មិនអាចរក្សាទុកអត្ថប្រយោជន៍បានទេប្រសិនបើអ្នកមិនចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះ។

ព័ត៌មានអតិថិជន	
ឈ្មោះ:	លេខសម្គាល់អតិថិជន ACES

ព័ត៌មានអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត			
ឈ្មោះ:	ស្ថាប័ន និងក្រសួង (ប្រសិនបើមាន)	លេខទូរសព្ទ (លេខកូដតំបន់)	
អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ	ទីក្រុង	រដ្ឋ	ប៊ូបកូដ

ព័ត៌មានអំពីកម្មវិធី និងរយៈពេល

តើកម្មវិធីមួយណាដែលអ្នកចង់ឱ្យអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតរបស់អ្នកធ្វើសកម្មភាពជំនួសអ្នក? សូមជិតចំណុចទាំងអស់ដែលអនុវត្ត។ អត្ថប្រយោជន៍សាច់ប្រាក់ អត្ថប្រយោជន៍អាហារជាមូលដ្ឋាន ការធានារ៉ាប់រងការថែទាំសុខភាព ការធានារ៉ាប់រងការថែទាំរយៈពេលវែង

តើអ្នកចង់ឱ្យអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតរបស់អ្នកធ្វើសកម្មភាពជំនួសអ្នករយៈពេលយូរឬនោះ?
 90 ថ្ងៃ បន្ត

អាណត្តិអ្នកតំណាងសម្រាប់សាច់ប្រាក់ និងអាហារមូលដ្ឋានផ្ទុកកំណត់នៅចុងបញ្ចប់នៃរយៈពេលបញ្ជាក់នីមួយៗ។ អ្នកតំណាងសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រផ្ទុកកំណត់តាមការស្នើសុំ ឬនៅពេលមរណភាពរបស់បុគ្គល ឬអ្នកតំណាងរបស់ពួកគេ។ សម្រាប់កម្មវិធីទាំងអស់ អ្នកអាចដក ឬលុបចោលសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់អ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតបានគ្រប់ពេលវេលា ដោយផ្ទាល់មាត់ ឬជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ដោយមិនមានផលប៉ះពាល់ណាមួយដល់អត្ថប្រយោជន៍ឡើយ។

ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង	
សូមជិតកម្រិតនៃព័ត៌មាន ឬអត្ថប្រយោជន៍ដែលអ្នកចង់ឱ្យអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតរបស់អ្នកទទួលបាន។	សម្រាប់ក្រសួងប្រើប្រាស់ប្រភេទតំណាង
សម្រាប់សាច់ប្រាក់, អាហារមូលដ្ឋាន, ការធានារ៉ាប់រងការថែទាំសុខភាព ឬ Long-Term Care (ការថែទាំរយៈពេលវែង) (ជិតតែមួយប្រអប់ក្នុងចំណោមប្រអប់ទាំងបួនខាងក្រោម)	
<input type="checkbox"/> ពិភាក្សាអំពីសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំជាមួយអ្នកតំណាង DSHS/HCA និងមិនទទួលបានសំបុត្រ។.....	NC
<input type="checkbox"/> ទទួលសំបុត្រពី DSHS/HCA ហើយពិភាក្សាអំពីសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំ។.....	NO
<input type="checkbox"/> ទទួលសំបុត្រពី DSHS/HCA ទម្រង់បន្តសុពលភាព និងពិភាក្សាអំពីសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំ។.....	AD
<input type="checkbox"/> ទទួលសំបុត្រពី DSHS/HCA ទម្រង់បន្តសុពលភាព បណ្ណ ProviderOne និងពិភាក្សាអំពីសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំ អ្នកតំណាងរបស់អ្នកនឹងទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍សាច់ប្រាក់នៃ DSHS របស់អ្នក។.....	NA
សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតែប៉ុណ្ណោះ (ជិតប្រអប់ខាងក្រោមប្រសិនបើមាន)	
<input type="checkbox"/> តំណាងមន្ទីរពេទ្យ - ទទួលសំបុត្រ និងពិភាក្សាអំពីសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំ។.....	HO
<input type="checkbox"/> អ្នកធានារ៉ាប់រងថ្លៃធានារ៉ាប់រង។ ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានអ្នកធានាត្រូវបានផ្ញើទៅការិយាល័យទារបំណុលហិរញ្ញវត្ថុ។.....	SB

ការអនុញ្ញាតរបស់អតិថិជន		
អនុញ្ញាតដោយ (ហត្ថលេខាអតិថិជន) កាលបរិច្ឆេទបានចុះហត្ថលេខា	ឈ្មោះសរសេរជាអក្សរពុម្ពផ្សំ	លេខទូរសព្ទ (លេខកូដតំបន់)

ចំណាំ: ការរឹតបន្តឹងរបស់ HIPAA រារាំងយើងមិនឱ្យពិភាក្សាអំពីព័ត៌មានសុខភាពបុគ្គលរបស់អតិថិជនជាមួយអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតទេ លុះត្រាតែតំណាងមានលិខិតផ្ទេរសិទ្ធិសម្រាប់អតិថិជន ឬអតិថិជនបានចុះហត្ថលេខា [DSHS 14-012, Consent form](#). នេះរាប់បញ្ចូលទាំងការបញ្ចេញព័ត៌មានសុខភាពផ្លូវចិត្ត លទ្ធផលតេស្តរក HIV/AIDS និង STD ឬសេវាព្យាបាល និងផ្តាច់ការពឹងលើសារធាតុគីមី។

សម្រាប់ក្រសួងប្រើប្រាស់ - ការណែនាំ

ប្រភេទអ្នកតំណាង - ACES មិនដាក់កម្រិតលើការជ្រើសរើសប្រភេទតំណាងចំពោះលេខកូដដែលរាយឈ្មោះខាងលើទេ។ ប្រសិនបើកម្មវិធីទាមទារប្រភេទអ្នកតំណាងដែលមិនបានរាយឈ្មោះខាងលើ ឬប្រសិនបើលេខកូដណាមួយខាងលើត្រូវបានជ្រើសរើស ប៉ុន្តែមិនសមស្របនឹងស្ថានភាព (ដូចជាសម្រាប់ផ្ទះជាគ្រុម អ្នកទទួលបានប្រាក់ការពារជាដើម។ល។) សរសេរបញ្ចូលប្រភេទអ្នកតំណាងកម្មវិធីសមស្របជាក់លាក់នៅលើអក្រុង AREP។