

Authorized Representative

អ្នកតំណាងសិទ្ធិអនុញ្ញាតិគឺជាបុគ្គលដែលអ្នកបានរៀបចំឡើងដើម្បីតំណាងអោយអ្នកដាក់ពាក្យ រឺ ទទួលបានគុណប្រយោជន៍ជាមួយក្រសួងសង្គមកិច្ច និង សេវាសង្គម(DSHS) រឺ អ្នកឯកទេសគាំពារសុខភាព (HCA)។ សេចក្តីបញ្ជាក់ផ្ទាល់ខ្លួន រឺ ការចាត់ចែងបានអនុញ្ញាតិអោយប្រតិបត្តិការអោយអ្នកសំរាប់គោលការណ៍សិទ្ធិទទួលបាន។ អ្នកមានជំរើសក្នុងការជ្រើសរើសអ្នកតំណាងសិទ្ធិអនុញ្ញាតិមួយ; DSHS រឺ HCA មិនអាចដកយកគុណប្រយោជន៍បើសិនជាអ្នកមិនបានចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ។

ព័ត៌មាន អតិថិជន	
ឈ្មោះ:	អក្ខរលេខអតិថិជន ACES

ព័ត៌មានអ្នកតំណាងសិទ្ធិអនុញ្ញាតិ			
ឈ្មោះ:	អង្គការ និង ក្រសួង (បើសិនជាអាចដាក់បាន)	លេខទូរស័ព្ទ (លេខកូដតំបន់)	
អាសយដ្ឋានសំបុត្រ	ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដ ZIP

ព័ត៌មានពីការទទួលបានសិទ្ធិអនុញ្ញាតិ និង រយៈពេល

តើកម្មវិធីណាមួយដែលអ្នកចង់អោយអ្នកតំណាងសិទ្ធិអនុញ្ញាតិរបស់អ្នកធ្វើការតាងនាមអោយអ្នក? សូមគូសលើប្រអប់ទាំងឡាយណាដែលអ្នកចង់បាន។

គុណប្រយោជន៍ថវិកា គុណប្រយោជន៍អាហារមូលដ្ឋាន ការធានារ៉ាប់រងគាំពារសុខភាព ការធានារ៉ាប់រងគាំពារសុខភាពយូអេមឡែង

តើអ្នកចង់អោយអ្នកតំណាងសិទ្ធិអនុញ្ញាតិរបស់អ្នកធ្វើការតាងនាមអោយអ្នកក្នុងរយៈពេលប៉ុន្មាន?

៩០ ថ្ងៃ រហូតដល់ថ្ងៃបញ្ចប់លិខិតបញ្ជាក់ (ជាធម្មតារយៈពេលមួយឆ្នាំ)

អ្នកអាចដកចេញ រឺ លុបចោលការស្នើសុំអ្នកតំណាងសិទ្ធិអនុញ្ញាតិរាល់ពេលណាក៏បាន ដោយពាក្យសម្តី រឺ ជាការសរសេរ, ដោយមិនមានការប៉ះទង្គិចលើគុណប្រយោជន៍ណាមួយទេ។

ព័ត៌មានការធ្វើយន្តង		FOR DEPARTMENT USE ONLY	
សូមគូសលើកិច្ចព័ត៌មាន រឺ គុណប្រយោជន៍ណាមួយដែលអ្នកចង់អោយអ្នកតំណាងសិទ្ធិអនុញ្ញាតិរបស់អ្នកទទួលបាន។		Rep Type	
សំរាប់ ថវិកា, អាហារមូលដ្ឋាន,ការធានារ៉ាប់រងគាំពារសុខភាព រឺ ការគាំពារយូអេមឡែង(គូសលើមួយក្នុងចំណោមជំរើសទាំងបួននេះ)			
<input type="checkbox"/>	ពិភាក្សាលើសិទ្ធិទទួលបានរបស់ខ្ញុំសំរាប់គុណប្រយោជន៍ជាមួយនិង អ្នកតំណាង DSHS/HCA និង មិនទទួលបានសំបុត្រ.....		NC
<input type="checkbox"/>	ទទួលបានសំបុត្រ DSHS/HCA និង ពិភាក្សាសិទ្ធិទទួលបានរបស់ខ្ញុំសំរាប់គុណប្រយោជន៍.....		NO
<input type="checkbox"/>	ទទួលបានសំបុត្រ DSHS/HCA, ទំរង់បន្ត និង ពិភាក្សាសិទ្ធិទទួលបានរបស់ខ្ញុំសំរាប់គុណប្រយោជន៍		AD
<input type="checkbox"/>	ទទួលបានសំបុត្រ DSHS/HCA, ទំរង់បន្ត,ការបង់ប្រាក់,ភាគ ProviderOne និង ពិភាក្សាសិទ្ធិទទួលបានរបស់ខ្ញុំសំរាប់គុណប្រយោជន៍	NA	
សំរាប់ការធានារ៉ាប់រងគាំពារសុខភាពតែប៉ុណ្ណោះ(គូសលើប្រអប់ណាមួយខាងក្រោមបើសិនជាអាចអនុវត្តបាន)			
<input type="checkbox"/>	អ្នកតំណាងមន្ទីរពេទ្យ - ទទួលបានសំបុត្រ និង ពិភាក្សាសិទ្ធិទទួលបានរបស់ខ្ញុំសំរាប់គុណប្រយោជន៍	HO	
<input type="checkbox"/>	អ្នកធានាផ្តល់ប្រាក់បង់សេវាធានារ៉ាប់រង។ ឈ្មោះអ្នកធានាផ្តល់ប្រាក់ និងអាសយដ្ឋានដែលបានផ្ញើរទៅ (Office of Financial Recovery)	SB	

សេចក្តីអនុញ្ញាតិរបស់អតិថិជន			
អនុញ្ញាតិអោយ (ហត្ថលេខាអតិថិជន)	កាលបរិច្ឆេទ ហត្ថលេខា	ឈ្មោះ	លេខទូរស័ព្ទ (លេខកូដ តំបន់)

សំគាល់: កំហិតរបស់ HIPAA ទប់ស្កាត់យើងពីការពិភាក្សាលើ ព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អតិថិជន ជាមួយនិង អ្នកតំណាងសិទ្ធិអនុញ្ញាតិលុះត្រាតែមានសក្តានុពលភាពនៃមេធាវីសំរាប់អតិថិជន រឺ អតិថិជនបានចុះ ហត្ថលេខាលើ DSHS 14-012, ទម្រង់បែបបទយល់ព្រម។ វាព្រមទាំងរួមបញ្ចូលនៃព័ត៌មានសុខភាពសតិអារម្មណ៍, ជំងឺអេដស៍, និង លទ្ធផលតេស្ត STD , រឺ ការព្យាបាល និង សេវាព្យាបាលគីមីដោយឡែក។

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 a group home, protective payee, etc.) enter the appropriate program specific Rep Type on the AREP screen.

