

## 授权代表

授权代表是指当您向 Department of Social and Health Services ( 社会 and 卫生服务部, DSHS ) 或 Health Care Authority ( 卫生保健局, HCA ) 申请或领取福利时, 您选择的代表。您指定的个人或组织有权代表您参加资格审查。指定授权代表是自愿行为。如果您不签署此表格, DSHS 或 HCA 将无法对福利进行相应扣缴。

<b>客户信息</b>			
姓名		ACES 客户 ID 编号	
<b>授权代表信息</b>			
姓名	机构和部门 ( 如适用 )		电话号码 ( 区号 )
邮寄地址	城市	州	邮编
<b>计划和期限信息</b>			
<p>您希望您的授权代表代表您参与哪个 ( 些 ) 计划? 勾选所有适用的选项。</p> <p><input type="checkbox"/> 现金福利 <input type="checkbox"/> 基本食品福利 <input type="checkbox"/> 医疗保险 <input type="checkbox"/> 长期照护保险</p> <p>您希望您的授权代表在多久期限内代表您参与计划? <input type="checkbox"/> 90 天 <input type="checkbox"/> 持续</p> <p>现金和基本食品的持续代表的任命期限在每个认证期结束时届满。医疗保险代表的任命期限在个人或其代表提出请求或死亡后届满。</p> <p>对于所有项目, 您可以随时以口头或书面形式撤销或取消任命授权代表的请求, 而不会对福利产生任何影响。</p>			
<b>通讯信息</b>			
<p>请确认您希望授权代表获得的信息或福利级别。</p> <p><b>对于现金、基本食品、医疗保险或长期照护</b> <b>( 仅勾选下面四个框中的一个 )</b></p> <p><input type="checkbox"/> 向 DSHS/HCA 代表咨询我的福利资格, 不负责接收信件。.....</p> <p><input type="checkbox"/> 接收 DSHS/HCA 信件, 并咨询福利资格。.....</p> <p><input type="checkbox"/> 接收 DSHS/HCA 信件, 续期表格, 并咨询福利资格。.....</p> <p><input type="checkbox"/> 接收 DSHS/HCA 信件, 续期表格, ProviderOne 卡, 并咨询福利资格您的代表将接收您的 DSHS 现金福利。.....</p> <p><b>仅适用于医疗保险 ( 如适用, 请勾选下方任一框 )</b></p> <p><input type="checkbox"/> 医院代表 — 接收信件, 并咨询福利资格。.....</p> <p><input type="checkbox"/> 资助者支付保费。资助者名称和地址发送至财务追回办公室.....</p>			<p>仅供部门使用</p> <p><b>代表类型</b></p> <p>NC</p> <p>NO</p> <p>AD</p> <p>NA</p> <p>HO</p> <p>SB</p>
<b>客户授权</b>			
授权人 ( 客户签名 )	签署日期	字母大写或楷体签名	电话号码 ( 区号 )
<p>注: HIPAA 限制使我们无法与授权代表讨论客户的个人健康信息, 除非代表拥有客户的授权书或客户签署 <a href="#">DSHS 14-012, Consent form</a>。包括提供心理健康信息、HIV/AIDS 和 STD 检测结果, 或治疗和药物依赖服务。</p>			
<b>仅供部门使用 — 说明</b>			
<p>代表类型 – ACES 不将代表类型限制为上面列出的代码。如果某个计划需要上面未列出的代表类型, 或者如果选择了上述代码之一但不适合本案例情况 ( 如教养院、保护性受款人等 ), 则在 AREP 页面输入相应的计划特定代表类型。</p>			

