

获授权代表 Authorized Representative

获授权代表由您指定，并在您申请或接受社会福利服务部(DSHS)或医疗保健计划管理部门(HCA)福利时担任您的代表。此人或此组织机构获授权出于适当目的代您行事。是否指定一位获授权代表纯属自愿；DSHS 或 HCA 不得由于您不签署此表格而扣发您的福利。

服务接受者情况			
姓名	ACES 服务接受者身份识别号码		
获授权代表的相关情况			
姓名	组织机构和部门 (若适用则请填写)	电话号码 (请包括地区号码)	
邮件地址	城市	州	邮政编码
计划与持续期限情况			
您希望针对哪一项 (或哪几项) 计划而指定一位获授权代表代您行事? 请勾选所有适用选项 <input type="checkbox"/> 现金福利 <input type="checkbox"/> 基本食品补助福利 <input type="checkbox"/> 健康保险福利 <input type="checkbox"/> 长期照护服务保险福利 您希望在多长时期内请获授权代表代您行事? <input type="checkbox"/> 90 天 <input type="checkbox"/> 至福利资格证书期限结束为止 (通常为一年) 您可随时以书面或口头形式撤销或取消您提出的获授权代表请求, 而这不会影响您获得任何福利。			
通信情况			
请核选下列选项, 以指明您希望获授权代表代您接获情况或福利的程度。 现金福利、基本食品补助福利、健康保险福利或长期照护福利 (请仅勾选下列四个方框之一) <input type="checkbox"/> 与 DSHS/HCA 的代表讨论本人的福利资格, 但不接获信件。..... <input type="checkbox"/> 接获来自 DSHS/HCA 的信件, 并讨论本人的福利资格事宜。..... <input type="checkbox"/> 接获来自 DSHS/HCA 的信件, 并讨论本人的福利资格事宜。..... <input type="checkbox"/> 接获来自 DSHS/HCA 的信件、续期表格、付款、ProviderOne 卡, 并讨论本人的福利资格事宜。 仅限健康保险福利 (请勾选下列适用方框之一) <input type="checkbox"/> 医院代表 - 接获信件, 并讨论本人的福利资格事宜。..... <input type="checkbox"/> 保险费支付资助者。 寄送给财务追缴处的资助者姓名与地址.....			FOR DEPARTMENT USE ONLY Rep Type NC NO AD NA HO SB
服务接受者授权			
授权方 (服务接受者签名)	签署日期	工整填写之姓名	电话号码 (请包括地区号码)

注意: 由于医疗保险机动性与责任法案(HIPAA)之限制, 我们不得与获授权代表讨论服务接受者的个人健康情况; 除非该位代表已获得服务接受者的委托授权, 或者该位服务接受者已经签署一份(DSHS 14-012)同意书。此项规定涵盖对心理健康、艾滋病病毒感染/艾滋病和性传染病测试结果, 或者酒精或药物依赖症治疗服务等情况的披露。

**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.

