

نماینده مجاز فردی است که شما تعیین می‌کنید تا نمایندگی شما را در اداره خدمات اجتماعی و بهداشتی (DSHS) یا اداره مراقبت درمانی (HCA) در هنگام درخواست کمک‌هزینه یا دریافت آن از سوی شما برعهده بگیرد. این فرد یا سازمان مجاز است از طرف شما در راستای امور مربوط حائز شرایط بودن شما اقدام نماید. داشتن یک نماینده مجاز اختیاری است؛ در صورتیکه این فرم را امضاء نکنید DSHS یا HCA نمی‌تواند از پرداخت کمک‌هزینه‌ها به شما جلوگیری نماید.

اطلاعات مشتری	
نام	شماره شناسه مشتری ACES
اطلاعات نماینده مجاز	
نام	سازمان و اداره (در صورت مصداق داشتن)
آدرس پستی	شماره تلفن (کد شهر)
شهر	ایالت
کد پستی	
اطلاعات برنامه و مدت آن	
تمایل دارید نماینده مجاز در کدام برنامه(ها) از جانب شما اقدام نماید؟ کلیه موارد مربوطه را علامت بزنید.	
<input type="checkbox"/> کمک‌هزینه‌های نقدی	<input type="checkbox"/> پوشش مراقبت درمانی
<input type="checkbox"/> کمک‌هزینه‌های غذایی پایه	<input type="checkbox"/> پوشش مراقبت درمانی
تمایل دارید نماینده مجاز چه مدت از جانب شما اقدام نماید؟	
<input type="checkbox"/> 90 روز	<input type="checkbox"/> پوشش مراقبت درمانی
در هر زمانی که مایل باشید می‌توانید به صورت شفاهی یا کتبی، بدون اینکه تأثیری بر کمک‌هزینه‌های شما داشته باشد، درخواست خود را برای یک نماینده مجاز پس گرفته یا لغو نمایید.	
اطلاعات مکاتبات	
FOR DEPARTMENT USE ONLY	لطفاً سطح اطلاعات یا کمک‌هزینه‌هایی را که مایل هستید نماینده مجاز دریافت نماید، علامت بزنید.
Rep Type	برای پول نقد، کمک‌هزینه غذایی پایه، پوشش مراقبت درمانی یا مراقبت بلندمدت (تنها یکی از چهار مربع زیر را علامت بزنید)
NC	<input type="checkbox"/> حائز شرایط بودن من را برای دریافت کمک‌هزینه‌ها با یک نماینده DSHS/HCA مورد بحث و بررسی قرار داده و نامه‌های را دریافت نمی‌نماید.
NO	<input type="checkbox"/> نامه‌های DSHS/HCA را دریافت کرده و حائز شرایط بودن من را برای دریافت کمک‌هزینه‌ها مورد بحث و بررسی قرار می‌دهد.
AD	<input type="checkbox"/> نامه‌های DSHS/HCA و فرم‌های تمدید را دریافت کرده و حائز شرایط بودن من را برای دریافت کمک‌هزینه‌ها مورد بحث و بررسی قرار می‌دهد.
NA	<input type="checkbox"/> نامه‌های DSHS/HCA و فرم‌های تمدید، پرداخت‌ها، کارت‌های ProviderOne را دریافت کرده و حائز شرایط بودن من را برای دریافت کمک‌هزینه‌ها مورد بحث و بررسی قرار می‌دهد. صرفاً برای پوشش مراقبت بهداشتی (در صورت کاربرد داشتن، کادر زیر را علامت بزنید)
HO	<input type="checkbox"/> نماینده بیمارستان - نامه‌ها را دریافت کرده و حائز شرایط بودن من را برای دریافت کمک‌هزینه‌ها مورد بحث و بررسی قرار می‌دهد.
SB	<input type="checkbox"/> پرداخت حق بیمه‌ها را قبل نماید. نام و آدرس ارسالی به Office of Financial Recovery را حمایت می‌کند.
تأیید مشتری	
تأییدکننده (امضاء مشتری):	تاریخ امضاء
با حروف خوانا و بزرگ بنویسید	شماره تلفن (کد شهر)

توجه: محدودیت‌های HIPAA به ما اجازه بحث و بررسی اطلاعات فردی مشتری را با نماینده مجاز نمی‌دهد مگر اینکه نماینده دارای حق وکالت از سوی مشتری را داشته باشد یا مشتری یک **DSHS 14012 رضایت‌نامه امضاء کرده باشد**. این مورد شامل اقباض اطلاعات بهداشت روانی، نتایج آزمایش HIV/AIDS و STD، یا خدمات درمانی و اعتیاد به مواد است.

**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.

