

## Représentant autorisé Authorized Representative

Un Représentant autorisé est une personne que vous désignez afin de vous représenter lorsque vous demandez ou percevez des allocations du Département des services de santé et des services sociaux (DSHS) ou de l'Autorité des soins de santé (HCA). Cette personne ou organisation est autorisée à agir en votre nom à des fins d'admissibilité. Il n'est pas obligatoire de désigner un représentant autorisé ; le DSHS ou la HCA n'ont pas le droit de retenir vos allocations si vous ne signez pas ce formulaire.

Données du client			
NOM		NUMÉRO D'IDENTIFIANT CLIENT ACES	
Données du représentant autorisé			
NOM	ORGANISATION ET DÉPARTEMENT (LE CAS ÉCHÉANT)	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (INDICATIF RÉGIONAL)	
ADRESSE POSTALE	VILLE	ÉTAT	CODE POSTAL
Informations sur le programme et la durée			
<p>Quels sont les programmes pour lesquels vous souhaitez que votre représentant autorisé agisse en votre nom ? Cochez toutes les cases pertinentes.</p> <p><input type="checkbox"/> Allocations en espèces <input type="checkbox"/> Aide alimentaire de base <input type="checkbox"/> Couverture médicale <input type="checkbox"/> Couverture pour soins de longue durée</p> <p>Pendant combien de temps souhaitez-vous que votre représentant autorisé agisse en votre nom ?</p> <p><input type="checkbox"/> 90 jours <input type="checkbox"/> Jusqu'à la fin de la période de certification (généralement un an)</p> <p>Vous avez le droit de retirer ou d'annuler votre demande de représentant autorisé à tout moment, oralement ou par écrit, sans aucun impact sur vos allocations.</p>			
Données de correspondance			
<p>Veillez indiquer le niveau d'informations ou d'allocations que vous souhaitez que votre représentant autorisé reçoive.</p> <p><b><u>Pour les allocations en espèces, l'aide alimentaire de base, la couverture médicale et la couverture pour soins de longue durée</u></b></p> <p><b><u>(Ne cochez qu'une seule des cases suivantes)</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Discuter de mon admissibilité aux allocations avec un représentant du DSHS/HCA sans recevoir de courrier. ....</p> <p><input type="checkbox"/> Recevoir les courriers du DSHS/HCA et discuter de mon admissibilité aux allocations. ....</p> <p><input type="checkbox"/> Recevoir les courriers du DSHS/HCA, les formulaires de renouvellement et discuter de mon admissibilité aux allocations. ....</p> <p><input type="checkbox"/> Recevoir les courriers du DSHS/HCA, les formulaires de renouvellement, les paiements, les cartes ProviderOne et discuter de mon admissibilité aux allocations. ....</p> <p><b><u>Pour la couverture médicale uniquement (cochez l'une des cases ci-dessous si nécessaire)</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Représentant hospitalier – Recevoir les courriers et discuter de mon admissibilité aux allocations. ....</p> <p><input type="checkbox"/> Sponsor qui paie mes primes. Nom et adresse du sponsor envoyés à l'Office of Financial Recovery .....</p>			<p><b>FOR DEPARTMENT USE ONLY (RÉSERVÉ À L'USAGE DU DÉPARTEMENT SEULEMENT)</b></p> <p><b>Rep Type</b></p> <p><b>NC</b></p> <p><b>NO</b></p> <p><b>AD</b></p> <p><b>NA</b></p> <p><b>HO</b></p> <p><b>SB</b></p>
Autorisation du client			
AUTORISÉ PAR (SIGNATURE DU CLIENT) DATE DE SIGNATURE		NOM EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (INDICATIF RÉGIONAL)

REMARQUE : les contraintes HIPAA nous interdisent de discuter des données médicales personnelles du client avec le représentant autorisé sauf si ce dernier dispose d'une procuration du client ou si le client a signé un [Formulaire d'accord DSHS 14-012](#). Ces données comprennent les données de santé mentale, les résultats de tests de dépistage du SIDA/VIH et des STD, et le traitement ou les services relatifs à la toxicomanie.

### FOR DEPARTMENT USE ONLY (RÉSERVÉ À L'USAGE DU DÉPARTEMENT SEULEMENT) 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.

