

Authorized Representative

અધિકૃત પ્રતિનિધિ એવી વ્યક્તિ હોય છે જેને તમે જ્યારે તમે ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ સોશિયલ એન્ડ હેલ્થ સર્વિસિસ (સામાજિક અને આરોગ્ય સેવાઓ વિભાગ - DSHS) અથવા હેલ્થ કેર ઓથોરિટી (આરોગ્ય સંભાળ પ્રાધિકરણ - HCA) પાસે બેનિફિટ્સ માટે અરજી કરો અથવા મેળવતાં હો ત્યારે તમારું પ્રતિનિધત્વ કરવા માટે નિયુક્ત કરો છો. આ વ્યક્તિ અથવા સંસ્થા પાત્રતાના ઉદ્દેશ્યોથી તમારા વતી કાર્યવાહી કરવા અધિકૃત હોય છે. અધિકૃત પ્રતિનિધિ રાખવા એ વૈકલ્પિક છે; તમે આ ફોર્મ પર સહી ન કરો DSHS કે HCA બેનિફિટ્સ રોકી રાખી શકો નહીં.

| | | | | |
|---|--|----------------------|--|----|
| ક્લાયન્ટ વિશેની માહિતી | | | | |
| નામ | ACES ક્લાયન્ટ આઈડી નંબર | | | |
| અધિકૃત પ્રતિનિધિ વિશેની માહિતી | | | | |
| નામ | સંસ્થા અને વિભાગ (જો લાગુ થતાં હોય તો) | ફોન નંબર (એરિયા કોડ) | | |
| ટપાલ સરનામું | શહેર | રાજ્ય | ઝિપ કોડ | |
| પ્રોગ્રામ અને અવધિ વિશેની માહિતી | | | | |
| તમે તમારા અધિકૃત પ્રતિનિધિ તમારા વતી કયા પ્રોગ્રામ(પ્રોગ્રામો) બાબતે કાર્યવાહી કરે તેમ ઇચ્છો છો? લાગુ પડતા હોય તે બધા સામે ખરાની નિશાની કરો. <input type="checkbox"/> કેશ બેનિફિટ્સ <input type="checkbox"/> બેઝિક ફૂડ બેનિફિટ્સ <input type="checkbox"/> હેલ્થ કેર કવરેજ <input type="checkbox"/> લોંગ ટર્મ કેર કવરેજ તમે તમારા અધિકૃત પ્રતિનિધિ ક્યાં સુધી તમારા વતી કાર્યવાહી કરે એવું ઇચ્છો છો? <input type="checkbox"/> 90 દિવસ <input type="checkbox"/> પ્રમાણ અવધિના અંત સુધી (સામાન્ય રીતે એક વર્ષ) તમે તમારા બેનિફિટ્સ પર કોઈ પણ અસર પડ્યા વિના મૌખિક અથવા લિખિત રૂપે અધિકૃત પ્રતિનિધિ માટેની તમારી માંગણી કોઈ પણ સમયે પાછી ખેંચી શકો છો અથવા રદ કરી શકો છો. | | | | |
| પત્રવ્યવહાર વિશેની માહિતી | | | | |
| તમારા અધિકૃત પ્રતિનિધિને માહિતી અથવા બેનિફિટ્સનું જે સ્તર મળે તેવું તમે ઇચ્છતા હો તેની સામે ખરાની નિશાની કરો. કેશ, બેઝિક ફૂડ, હેલ્થ કેર કવરેજ અથવા લોંગટર્મ કેર માટે (નીચે આપેલ ચાર ખાનામાંથી ફક્ત એકમાં ખરાની નિશાની કરો) | | | FOR DEPARTMENT USE ONLY (માત્ર ડિપાર્ટમેન્ટના ઉપયોગ માટે) Rep Type | |
| <input type="checkbox"/> કોઈ DSHS/HCA પ્રતિનિધિ સાથે મારી બેનિફિટ્સ માટેની પાત્રતા વિશે ચર્ચા કરવી અને પત્રો ન મેળવવા..... | | | | NC |
| <input type="checkbox"/> DSHS/HCA ના પત્રો મેળવવા અને બેનિફિટ્સ માટેની મારી પાત્રતા વિશે ચર્ચા કરવી..... | | | | NO |
| <input type="checkbox"/> DSHS/HCA ના પત્રો, રિન્યુઅલ માટેના ફોર્મ મેળવવા અને બેનિફિટ્સ માટેની મારી પાત્રતા વિશે ચર્ચા કરવી..... | | | | AD |
| <input type="checkbox"/> DSHS/HCA ના પત્રો, રિન્યુઅલ માટેના ફોર્મ, ચૂકવણીઓ, ProviderOne કાર્ડ મેળવવા અને મારી બેનિફિટ્સ માટેની પાત્રતા વિશે ચર્ચા કરવી..... | | | | NA |
| માત્ર હેલ્થ કેર કવરેજ માટે (જો લાગુ પડતું હોય તો બેમાંથી કોઈ એકમાં ખરાની નિશાની કરો) | | | | |
| <input type="checkbox"/> હોસ્પિટલના પ્રતિનિધિ - પત્રો મેળવવા અને બેનિફિટ્સ માટેની મારી પાત્રતા વિશે ચર્ચા કરવી..... | | | HO | |
| <input type="checkbox"/> પ્રીમિયમ ચૂકવના સ્પોન્સર સ્પોન્સરનું નામ અને સરનામું ઓફિસ ઓફ ફાઇનેન્સિયલ રિકવરી (આર્થિક પુનઃપ્રાપ્તિ કચેરી) ને મોકલાયું. | | | SB | |
| ક્લાયન્ટ દ્વારા અધિકરણ | | | | |
| અધિકૃત કરનાર (ક્લાયન્ટની સહી) | સહી કર્યા તારીખ | નામ પ્રિંટ કરો | ફોન નંબર (એરિયા કોડ) | |

નોંધ: HIPAA મર્યાદાઓ અને પ્રતિનિધિ પાસે ક્લાયન્ટનો પાવર ઓફ એટર્ની (મુખત્યારનામુ) ન હોય અથવા ક્લાયન્ટે DSHS 14-012, સંમતિ ફોર્મ પર સહી ન કરી હોય તો અમને અધિકૃત પ્રતિનિધિ સાથે ક્લાયન્ટની વ્યક્તિગત આરોગ્ય સંબંધી માહિતીની ચર્ચા કરવાથી રોકે છે. આમાં માનસિક આરોગ્ય સંબંધી માહિતી, એચઆઈવી/એઈડ્સ અને એસટીડી પરીક્ષણના પરિણામો, અથવા સારવાર અને કેમિકલ ડિપેન્ડન્સી સર્વિસિસ વિશેના પ્રક્ટીકરણનો સમાવેશ થાય છે.

FOR DEPARTMENT USE ONLY (માત્ર ડિપાર્ટમેન્ટના ઉપયોગ માટે)

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.

