

正式代表者
Authorized Representative

正式代表者とは、あなたが福祉衛生省(DSHS)または健康保険機関(HCA)からの支援申請または受給をする場合にあなたの代理人として指定したものです。この個人または組織はあなたの受給資格に関する問題においてあなたの代理として行動する許可を得ます。正式代表者の指定は任意で行えるものであり、DSHS および HCA は、正式代表者の有無を基にあなたへの支援を差し押さえることはありません。

受給者 情報			
氏名		ACES 顧客 ID 番号	
正式代表者			
氏名		組織と部門(適用する場合のみ)	電話番号 (市外局番を含むこと)
郵送先住所	市	州	郵便番号
プログラムと期間情報			
正式代表者があなたの代理を務めるプログラムを選択してください。当てはまるもの全てにチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 現金支援 <input type="checkbox"/> 食糧支援 <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 長期ケア保険 正式代表者を任命する期間を記入してください。 <input type="checkbox"/> 90 日間 <input type="checkbox"/> 承認期間満期(通常は 1 年) 正式代表者の許可は、何時、いかなる理由でも任意に口頭または書面を通して取り消しまたは解除することが可能であり、その取り消し・解除はあなたの受給する支援に影響しません。			
連絡関連事項			
正式代表者と共有するあなたの情報・福祉情報を選択してください。 <u>現金、基礎食糧、健康保険、または長期ケア</u> <u>(以下のうちひとつにチェック印をつけてください)</u> <input type="checkbox"/> 受給資格を DSHS/HCA 代表者と相談し、通知は受け取らない <input type="checkbox"/> DSHS/HCA からの通知を受け取り、私の受給資格の相談をする <input type="checkbox"/> DSHS/HCA からの通知および更新書を受け取り、私の受給資格の相談をする <input type="checkbox"/> DSHS/HCA からの通知、更新書、支払い、ProviderOne カードを受け取り、受給資格を相談する <u>健康保険用のみ(適用する場合、以下のボックスへチェックしてください)</u> <input type="checkbox"/> 病院代表者一通知を受け取り、私の受給資格を相談する <input type="checkbox"/> スポンサーによる保険料の支払い。スポンサーの氏名と住所を金融回収室へ送付する			FOR DEPARTMENT USE ONLY (内部用) Rep Type NC NO AD NA HO SB
受給者の権限付与			
受給者署名	日付	氏名 (活字体)	電話番号 (市外局番を含むこと)

注釈： HIPAA による制限により、当課による正式代表者への受給者に関する個人医療情報開示は、正式代表者が委任権を持つ場合または、[受給者が同意書\(DSHS 14-012\)](#) に署名した場合以外は行いません。これには。精神医療情報、HIV/AIDS および性病検査結果または治療、そして薬物依存関連の治療に関する情報も含まれています。

FOR DEPARTMENT USE ONLY (内部用)
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.

