

ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ

Transforming lives

ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດແມ່ນບຸກຄົນທີ່ທ່ານເລືອກໃຫ້ເປັນຕົວແທນຂອງທ່ານເມື່ອທ່ານສະໝັກຫຼື ຮັບສິດທິຜົນປະໂຫຍດກັບ Department of Social and Health Services (ພະແນກບໍລິການສັງຄົມ ແລະ ສຸຂະພາບ) (DSHS) ຫຼື Health Care Authority (ໜ່ວຍງານດູແລສຸຂະພາບ) (HCA). ບຸກຄົນ ຫຼື ອົງກອນທີ່ທ່ານລະບຸຊື່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ດຳເນີນການໃນນາມຂອງທ່ານເພື່ອຈຸດປະສົງໃນການມີສິດ. ການມີຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຖືວ່າເປັນທາງເລືອກ; DSHS ຫຼື HCA ບໍ່ສາມາດກັກເງິນຊ່ວຍເຫຼືອໄດ້ ຖ້າວ່າທ່ານບໍ່ລົງນາມໃນແບບຟອມນີ້.

ຂໍ້ມູນຂອງລູກຄ້າ	
ຊື່	ໝາຍເລກ ID ACES ຂອງລູກຄ້າ

ຂໍ້ມູນຂອງຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ			
ຊື່	ອົງການຈັດຕັ້ງ ແລະ ພະແນກ (ຖ້າມີ)	ເບີໂທລະສັບ (ລະຫັດເຂດ)	
ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ	ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ

ຂໍ້ມູນຂອງໂຄງການ ແລະ ໄລຍະເວລາ

ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຂອງທ່ານດຳເນີນການໃນນາມຂອງທ່ານຫຼືບໍ່? ໝາຍໝົດທຸກຂໍ້ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ
 ຜົນປະໂຫຍດດ້ານເງິນສິດ ຜົນປະໂຫຍດດ້ານອາຫານພື້ນຖານ ການຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸຂະພາບ ການຄຸ້ມຄອງການດູແລໄລຍະຍາວ

ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດເຮັດວຽກແທນທ່ານດົນປານໃດ? 90 ວັນ ກຳລັງດຳເນີນຢູ່

ຜູ້ຕາງໜ້າຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງສຳລັບເງິນສິດ ແລະ ອາຫານພື້ນຖານຈະໝົດອາຍຸໃນຕອນທ້າຍຂອງແຕ່ລະໄລຍະເວລາທີ່ໄດ້ຮັບການຍິ່ງຍິນ. ຜູ້ຕາງໜ້າສຳລັບການຄຸ້ມຄອງທາງການແພດໝົດອາຍຸຕາມຄຳຮ້ອງຂໍ ຫຼື ເມື່ອການເສຍຊີວິດຂອງບຸກຄົນ ຫຼື ຕົວແທນຂອງພວກເຂົາ.

ສຳລັບໂຄງການທຸກໆໜຶ່ງ, ທ່ານສາມາດເອົາອອກ ຫຼື ຍົກເລີກການຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານສຳລັບຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໄດ້ທຸກເວລາ, ດ້ວຍຄຳເວົ້າ ຫຼື ເປັນລາຍລັກອັກສອນ, ໂດຍບໍ່ມີຜົນກະທົບຕໍ່ຜົນປະໂຫຍດໃດໆ.

ຂໍ້ມູນການຕິດຕໍ່ສື່ສານ		ສຳລັບນຳໃຊ້ໃນພະແນກເທົ່ານັ້ນ ປະເພດຜູ້ຕາງໜ້າ
ກະລຸນາກວດເບິ່ງລະດັບຂໍ້ມູນ ຫຼື ຜົນປະໂຫຍດທີ່ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຂອງທ່ານ.		
ສຳລັບເງິນສິດ, ອາຫານພື້ນຖານ, ການຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸຂະພາບ ຫຼື ການດູແລໄລຍະຍາວ (ໃຫ້ໝາຍພຽງແຕ່ໜຶ່ງໃນສີ່ກ່ອງຂ້າງລຸ່ມນີ້ເທົ່ານັ້ນ)		
<input type="checkbox"/>	ສົນທະນາກ່ຽວກັບການມີສິດໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຂອງຂ້າພະເຈົ້າກັບຜູ້ຕາງໜ້າຂອງ DSHS/HCA ແລະ ບໍ່ມີສິດຮັບຈົດໝາຍ.	NC
<input type="checkbox"/>	ຮັບຈົດໝາຍຕ່າງໆຂອງ DSHS/HCA ແລະ ປຶກສາຫາລືກ່ຽວກັບການມີສິດໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.	NO
<input type="checkbox"/>	ຮັບຈົດໝາຍຕ່າງໆຂອງ DSHS/HCA, ແບບຟອມຕໍ່ອາຍຸ ແລະ ປຶກສາຫາລືກ່ຽວກັບການມີສິດໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ...	AD
<input type="checkbox"/>	ຮັບຈົດໝາຍຕ່າງໆຂອງ DSHS/HCA, ແບບຟອມຕໍ່ອາຍຸ, ບັດ ProviderOne ແລະ ປຶກສາຫາລືກ່ຽວກັບການມີສິດໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຜູ້ຕາງໜ້າຂອງທ່ານຈະຮັບຜົນປະໂຫຍດເງິນສິດຂອງ DSHS ຂອງທ່ານ.	NA
ສຳລັບການຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸຂະພາບເທົ່ານັ້ນ (ໝາຍໃສ່ໃນກ່ອງໃດໜຶ່ງຂ້າງລຸ່ມນີ້ ຖ້າມີ)		
<input type="checkbox"/>	ຜູ້ຕາງໜ້າຂອງໂຮງໝໍ - ຮັບຈົດໝາຍຕ່າງໆ ແລະ ປຶກສາຫາລືກ່ຽວກັບການມີສິດໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.	HO
<input type="checkbox"/>	ຜູ້ສະໜັບສະໜູນການຊຳລະຄ່າປະກັນໄພ. ຊື່ ແລະ ທີ່ຢູ່ຂອງຜູ້ສະໜັບສະໜູນທີ່ສິ່ງໃຫ້ Office of Financial Recovery (ຫ້ອງການເກັບກູ້ດ້ານການເງິນ).	SB

ການອະນຸຍາດຂອງລູກຄ້າ			
ການອະນຸຍາດໂດຍ (ລາຍເຊັນຂອງລູກຄ້າ)	ວັນທີເຊັນ	ພິມຊື່	ເບີໂທລະສັບ (ລະຫັດເຂດ)

ໝາຍເຫດ: ຂໍ້ຈຳກັດຂອງ HIPAA ເພື່ອປ້ອງກັນບໍ່ໃຫ້ພວກເຮົາສົນທະນາຂໍ້ມູນທາງດ້ານສຸຂະພາບສ່ວນບຸກຄົນຂອງລູກຄ້າກັບຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ ຍົກເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າຜູ້ຕາງໜ້າມີອຳນາດຂອງທະນາຍຄວາມສຳລັບລູກຄ້າ ຫຼື ລູກຄ້າໄດ້ເຊັນສັນຍາ.

[DSHS 14-012. Consent form](#). ນີ້ລວມເຖິງການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນດ້ານສຸຂະພາບຈິດ, ຜົນກວດ HIV/AIDS ແລະ STD, ຫຼື ການບໍລິການດ້ານການປິ່ນປົວ ແລະ ການເພິ່ງພາອາໄສສານເຄມີ.

ສຳລັບນຳໃຊ້ໃນພະແນກເທົ່ານັ້ນ - ຄຳແນະນຳ

ປະເພດຜູ້ຕາງໜ້າ – ACES ບໍ່ຈຳກັດການເລືອກປະເພດຜູ້ຕາງໜ້າສະເພາະພຽງແຕ່ລະຫັດທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງ. ຖ້າວ່າໂຄງການຕ້ອງການປະເພດຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ບໍ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງ ຫຼື ໜຶ່ງໃນລະຫັດຂ້າງເທິງນີ້ຖືກເລືອກແຕ່ບໍ່ເໝາະສົມກັບສະຖານະການ (ເຊັ່ນ: ສຳລັບເຮືອນແບບເປັນກຸ່ມ, ຜູ້ຈ່າຍເງິນປ້ອງກັນ ແລະ ອື່ນໆ) ໃຫ້ປ້ອນປະເພດຜູ້ຕາງໜ້າສະເພາະໂຄງການທີ່ເໝາະສົມໃສ່ໃນໜ້າຈໍ AREP.

