

आधिकारिक प्रतिनिधि भनेको तपाईंले Department of Social and Health Services (सामाजिक तथा स्वास्थ्य सेवा विभाग, DSHS) वा Health Care Authority (स्वास्थ्य सेवा प्राधिकरण, HCA) मा आवेदन दिँदा वा सुविधाहरू प्राप्त गर्दा आफ्नो प्रतिनिधित्व गर्न छनौट गर्नुभएको व्यक्ति हो। तपाईंले तोकनुभएको व्यक्ति वा संस्था योग्यता सम्बन्धी कामका लागि तपाईंको प्रतिनिधित्व गर्ने मान्यता पाउँछ। एकजना आधिकारिक प्रतिनिधि राख्नु अनिवार्य छैन; यदि तपाईंले यो कागजातमा सही गर्नुभएन भने पनि DSHS वा HCA ले तपाईंको सुविधाहरू रोक्न मिल्दैन।

सेवाग्राहीको जानकारी	
नाम	अटोमेटेड क्लाइन्ट एलिजिबिलिटी सिस्टम (ACES) सेवाग्राही आईडी नम्बर

आधिकारिक प्रतिनिधिको जानकारी		
नाम	संस्था र विभाग (लागू भएमा)	फोन नम्बर (एरिया कोड)

पत्राचार ठेगाना	शहर	स्टेट	जिप कोड
-----------------	-----	-------	---------

कार्यक्रम र अवधिको जानकारी
तपाईं आफ्नो आधिकारिक प्रतिनिधिलाई कुन कार्यक्रम(हरू)मा आफ्नो तर्फबाट काम गर्न दिन चाहनुहुन्छ? लागू हुने सबै चेक गर्नुहोस्। ☐ नगद लाभ ☐ आधारभूत खाद्यान्न लाभ ☐ स्वास्थ्य हेरचाह कभरेज ☐ दीर्घकालीन हेरचाह कभरेज तपाईं आफ्नो आधिकारिक प्रतिनिधिलाई कुन कार्यक्रम(हरू)मा आफ्नो तर्फबाट काम गर्न दिन चाहनुहुन्छ? ☐ 90 दिन ☐ निरन्तर नगद र आधारभूत खाद्यान्नका लागि निरन्तर प्रतिनिधिहरूको म्याद प्रत्येक प्रमाणीकरण अवधिको अन्त्यमा समाप्त हुन्छ। स्वास्थ्य उपचारका म्याद प्रतिनिधिहरूको वैधता माग भएमा, अथवा व्यक्तिको वा उसको प्रतिनिधिको निधन भएमा सकिन्छ। सबै योजनाहरूको लागि भने तपाईंले आफ्नो आधिकारिक प्रतिनिधिको मागलाई कुनै पनि बेला मौखिक वा लिखित रूपमा निवेदन दिएर आफ्नो सुविधाहरूमा कुनै फरक नपर्ने गरी हटाउन वा रद्द गर्न सक्नुहुन्छ।

सम्पर्क विवरण	For department use only (केवल विभागीय प्रयोजनका लागि): केवल विभागीय प्रयोजनका लागि: Rep Type
तपाईं आफ्नो आधिकारिक प्रतिनिधिले प्राप्त गर्न चाहेको जानकारी वा लाभहरूको स्तर कृपया चेक गर्नुहोस्। नगद, आधारभूत खाद्यान्न, स्वास्थ्य सेवा कभरेज वा दीर्घकालीन हेरचाह (तलका चार बाकसहरू मध्ये एउटा मात्र जाँच गर्नुहोस्) ☐ मेरो लाभ प्राप्त गर्ने योग्यता DSHS/HCA प्रतिनिधिसँग छलफल गरियोस्, र मलाई पत्रहरू प्राप्त नहोस्। ☐ DSHS/HCA का पत्रहरू प्राप्त गरियोस् र मेरो लाभको योग्यता सम्बन्धमा छलफल गरियोस्। ☐ DSHS/HCA का पत्रहरू, नवीकरण फारमहरू प्राप्त गरियोस् र मेरो लाभको योग्यता सम्बन्धमा छलफल गरियोस्। ☐ DSHS/HCA का पत्रहरू, नवीकरण फारम र ProviderOne कार्डहरू प्राप्त गरियोस् र मेरो लाभको योग्यता सम्बन्धमा छलफल गरियोस्। तपाईंको प्रतिनिधिले तपाईंको DSHS नगद सुविधाहरू प्राप्त गर्नेछन्। स्वास्थ्य सेवा कभरेजको लागि मात्र (लागू भएमा तलको कुनै पनि बाकसमा चिन्ह लगाउनुहोस्) ☐ अस्पताल प्रतिनिधि - पत्रहरू प्राप्त गरियोस् र मेरो लाभको योग्यता सम्बन्धमा छलफल गरियोस्। ☐ प्रिमियम तिर्ने प्रायोजक। वित्तीय पुनःप्राप्तिको कार्यालयमा पठाइएको प्रायोजकहरूको नाम र ठेगाना।	NC NO AD NA HO SB

सेवाग्राहीको प्राधिकरण			
अधिकृत गर्ने (ग्राहकको हस्ताक्षर)	हस्ताक्षर गरेको मिति	मुद्रण नाम	फोन नम्बर (एरिया कोड)

नोट: HIPAA सम्बन्धी प्रतिबन्धहरूले गर्दा यदि प्रतिनिधिसँग ग्राहकको लागि पावर अफ अटर्नी नभएमा वा ग्राहकले: DSHS 14-012, सहमति फारम हस्ताक्षर नगरेमा हामीले ग्राहकको व्यक्तिगत स्वास्थ्य जानकारी अधिकृत प्रतिनिधिसँग छलफल गर्न मिल्दैन

[DSHS 14-012, सहमति फारम](#) यसमा मानसिक स्वास्थ्य जानकारी, एचआईभी/एड्स र एसटीडी परीक्षण परिणामहरू, वा उपचार र रासायनिक पदार्थमा आधारित सेवाहरूको खुलासा समावेश छ।

For department use only (केवल प्रयोगका लागि मात्र) - निर्देशनहरू

प्रतिनिधि प्रकार- ACES ले प्रतिनिधि प्रकारको छनोटलाई माथि दिइएका कोडहरूमा मात्र सीमित राख्दैन। यदि कुनै कार्यक्रममा माथि उल्लेख नगरिएको प्रतिनिधिको प्रकार (प्रतिनिधिको प्रकार) आवश्यक पर्छ, वा माथिका मध्ये कुनै कोड चयन गरिएको भए तापनि त्यो विशेष परिस्थितिका लागि उपयुक्त हुँदैन (जस्तै: समूह गृह, सुरक्षात्मक भुक्तानी प्रतिनिधि आदि), भने AREP स्क्रिनमा सो कार्यक्रमअनुसार उपयुक्त प्रतिनिधिको प्रकार राख्नुहोस्।

