

یو مجاز استازی هغه څوک دی چې تاسو یې د استازیتوب لپاره غوره کوئ کله چې تاسو د Department of Social and Health Services (تولنیزو او روغتیا خدماتو څانګې، DSHS) یا د Health Care Authority (روغتیا پاملرنې ادارې، HCA) سره د ګټو لپاره غوښتنه کوئ یا ترلاسه کوئ. هغه فرد یا سازمان چې تاسو یې نوم اخلي اجازه لري چې د وړتیا موخو لپاره ستاسو په استازیتوب عمل وکړي. د یو مجاز نمایندګی کوونکي درلودل اختیاري دي؛ DSHS یا HCA نشي کولی ګټې ودروي که چېرې تاسو دا فورمه لاسلیک نه کړئ.

د پېرودونکي معلومات		
نوم	د ACES د پېرودونکي د ID شمېره	
د مجاز نمایندګی کوونکي معلومات		
نوم	سازمان او څانګه (که د تطبیق وړ وي)	د تلیفون شمېره (سیمېزه کود)
د استوګنې پته	ښار	ایالت د زېږ کود
د پروګرام او د مودې معلومات		
تاسو کوم پروګرام (پروګرامونه) غواړئ چې ستاسو مجاز نمایندګی کوونکي ستاسو په استازیتوب پکې عمل وکړي؟ ټول هغه په نښه کړئ چې پلي کېږي. ☐ د نغدو ګټې ☐ د خوړو اساسي ګټې ☐ د روغتیا پاملرنې پوښښ ☐ Long-term Care (اوږدې مودې پاملرنې) پوښښ تاسو څومره وخت غواړئ چې ستاسو با اختیار استازی ستاسو په استازیتوب عمل وکړي؟ ☐ 90 ورځې ☐ دوام لري د نغدو او لومړني خوارو لپاره روان استازي د هر تصدیق دورې په پای کې پای ته رسېږي. د طبي پوښښ لپاره نمایندګان د غوښتنې یا د فرد یا د دوی د استازي په مرګ پای ته رسېږي. د ټولو پروګرامونو لپاره، تاسو کولی شئ په هر وخت کې په شفاهي یا لیکلي توګه پرته له دې چې په ګټو باندې کوم اغیز ولري. د مجاز استازي لپاره ستاسو غوښتنه لري یا لغوه کړئ.		
د مکاتبو معلومات		
مهرباني وکړئ د معلوماتو یا ګټو کچه په نښه کړئ چې تاسو غواړئ ستاسو مجاز نمایندګی کوونکي یې ترلاسه کړي.	یوازې د ریاست کارونې لپاره د نمایندګی کوونکي ډول	
د نغدو پیسو، اساسي خوړو، د روغتیا پاملرنې پوښښ یا د Long-Term Care (اوږدې مودې پاملرنې) لپاره (د لاندې څلورو پکسونو څخه یوازې یو په نښه کړئ) ☐ د ګټو لپاره زما د وړتیا په اړه د DSHS/HCA نمایندګی کوونکي سره بحث وکړئ او لیکونه مه ترلاسه کوئ..... ☐ د DSHS/HCA لیکونه ترلاسه کړئ او د ګټو لپاره زما د وړتیا په اړه بحث وکړئ..... ☐ د DSHS/HCA لیکونه، د نوي کولو فورمې ترلاسه کړئ او د ګټو لپاره زما د وړتیا په اړه بحث وکړئ..... ☐ د DSHS/HCA لیکونه، د نوي کولو فورمې، د ProviderOne کار تونه ترلاسه کړئ او د ګټو لپاره زما د وړتیا په اړه بحث وکړئ. ستاسو استازی به ستاسو د DSHS نغدو پیسو مرستې ترلاسه کړي..... یوازې د روغتیا پاملرنې پوښښ لپاره (که چېرې د تطبیق وړ وي لاندې پکسونو څخه یو په نښه کړئ) ☐ د روغتون نمایندګی کوونکي - لیکونه ترلاسه کړئ او د ګټو لپاره زما د وړتیا په اړه بحث وکړئ..... ☐ د پرمیم تادیه کوونکي سپانسر. د سپانسرانو نوم او پته د مالي بیا رغونې دفتر ته لیږل شوي.....		
د پېرودونکي اجازه		
لخوا مجاز شوی (د پېرودونکي لاسلیک)	د لاسلیک نیټه	چاپ نوم
د تلیفون شمېره (سیمېزه کود)		
یادونه: د HIPAA محدودیتونه موږ منع کوي چې د پېرودونکي انفرادي روغتیايي معلوماتو په اړه د مجاز استازي سره بحث وکړو پرته لدې چې استازی د پېرودونکي لپاره د څارنوالۍ واک ولري یا پېرودونکي یو سند لاسلیک کړي. DSHS 14-012، د رضایت فورمه. پدې کې د ذهني روغتیا معلوماتو افشا کول، د HIV/AIDS او STD ازموینې پایلې، یا د درملنې او کیمیاوي انحصار خدمتونه شامل دي.		
یوازې د دېپارټمنټ/ریاست کارولو لپاره - لارښوونې د نمایندګی کوونکي ډول - ACES د نمایندګی کوونکي ډول ټاکنې پورته لیست شوي کودونو ته نه محدود کوي. که چېرې یو پروګرام د نمایندګی کوونکي ډول ته اړتیا ولري چې پورته لیست شوي نه وي یا که له پورتنیو کودونو څخه یو غوره شوی وي مګر د وضعیت لپاره مناسب نه وي (لکه د ډله ایز کور لپاره، محافظتي تادیه کوونکي او داسې نور) د AREP په سکرین کې د مناسب پروګرام څانګړي نمایندګی کوونکي ډول داخل کړئ.		



14532

Barcode label