

نماینده مجاز شخصی است که هنگام درخواست یا دریافت مزایا از Department of Social and Health Services (اداره خدمات اجتماعی و بهداشتی، DSHS) یا Health Care Authority (سازمان مراقبت‌های بهداشتی، HCA) انتخاب می‌کنید که نماینده شما باشد. فرد یا سازمانی که نام می‌برید، مجاز است از طرف شما برای اهداف واجد شرایط بودن اقدام کند. داشتن نماینده مجاز اختیاری است؛ اگر این فرم را امضا نکنید، DSHS یا HCA نمی‌توانند از مزایای آن خود داری کنند.

اطلاعات مشتری		
نام	شماره شناسه مشتری ACES	
اطلاعات نماینده مجاز		
نام	سازمان و اداره (در صورت وجود)	شماره تلفن (کد منطقه)
نشانی پستی	شهر	ایالت کد پستی
اطلاعات برنامه و مدتزمان		
<p>کدام برنامه(ها) را می‌خواهید نماینده مجاز شما از طرف شما اقدام کند؟ تمام مواردی را که مصداق دارد علامت بزنید.</p> <p><input type="checkbox"/> مزایای نقدی <input type="checkbox"/> مزایای پایه غذایی <input type="checkbox"/> پوشش مراقبت بهداشتی <input type="checkbox"/> پوشش مراقبت طولانی مدت</p> <p>چه مدت می‌خواهید نماینده مجاز شما از طرف شما اقدام کند؟</p> <p><input type="checkbox"/> 90 روز <input type="checkbox"/> مداوم</p> <p>نمایندگان دائمی برای دریافت پول نقد و مواد غذایی پایه در پایان هر دوره صدور گواهی‌نامه منقضی می‌شوند. نمایندگان برای پوشش پزشکی در صورت درخواست یا در صورت فوت فرد یا نماینده آن‌ها منقضی می‌شوند.</p> <p>برای همه برنامه‌ها، می‌توانید درخواست خود را برای یک نماینده مجاز در هر زمان، به صورت شفاهی یا کتبی، بدون تأثیر بر مزایا، حذف یا لغو کنید.</p>		
اطلاعات مکاتبه		
فقط برای استفاده در اداره نوع نماینده	<p>لطفاً سطح اطلاعات یا مزایایی را که می‌خواهید نماینده مجاز شما دریافت کند، علامت بزنید.</p> <p>برای دریافت پول نقد، غذای پایه، پوشش مراقبت‌های بهداشتی یا (مراقبت طولانی مدت فقط یکی از چهار کادر زیر را علامت بزنید)</p> <p><input type="checkbox"/> در مورد واجد شرایط بودن من برای دریافت مزایا و عدم دریافت نامه‌ها با یک نماینده DSHS/HCA گفتگو کنید.</p> <p><input type="checkbox"/> نامه‌های DSHS/HCA، را دریافت کنید و در مورد واجد شرایط بودن من برای دریافت مزایا صحبت کنید.</p> <p><input type="checkbox"/> نامه‌های DSHS/HCA، فرم‌های تمدید را دریافت کرده و در مورد واجد شرایط بودن من برای دریافت مزایا صحبت کنید.</p> <p><input type="checkbox"/> نامه‌های DSHS/HCA، فرم‌های کارت‌های ProviderOne را دریافت کنید و در مورد واجد شرایط بودن برای دریافت مزایا صحبت کنید نماینده شما کمک هزینه نقدی DSHS را دریافت می‌کند.</p> <p>فقط برای پوشش مراقبت‌های بهداشتی (در صورت وجود، کادر زیر را علامت بزنید)</p> <p><input type="checkbox"/> نماینده بیمارستان - نامه‌ها را دریافت کنید و در مورد واجد شرایط بودن من برای دریافت مزایا صحبت کنید.</p> <p><input type="checkbox"/> حامی مالی پرداخت حق بیمه‌ها. نام و آدرس حامیان مالی به دفتر استرداد مالی ارسال شد.</p>	
مجوز مشتری		
تصدیق و تأیید توسط (امضای مشتری)	تاریخ امضا شده	نام با حروف بزرگ
شماره تلفن (کد منطقه)		
<p>توجه: محدودیت‌های HIPAA ما را از بحث درباره اطلاعات سلامت فردی مشتری با نماینده مجاز باز می‌دارد، مگر اینکه نماینده وکالت‌نامه‌ای برای مشتری داشته باشد یا مشتری فرم زیر را امضا کرده است</p> <p>DSHS 14-012, Consent form. این شامل افشای اطلاعات سلامت روان، نتایج آزمایش HIV/AIDS و STD، یا خدمات درمان و وابستگی (اعتیاد) شیمیایی است.</p>		
فقط برای استفاده در اداره - دستورالعمل‌ها		
<p>نوع نماینده - ACES انتخاب‌های نوع نماینده را به کدهای ذکر شده در بالا محدود نمی‌کند. اگر یک برنامه نیاز به نوع نماینده‌ای دارد که در بالا ذکر نشده است یا اگر یکی از کدهای بالا انتخاب شده است اما برای موقعیت مناسب نیست (مانند یک خانه گروهی، گیرنده پول حمایتی و غیره.) نوع نماینده خاص برنامه مناسب را در صفحه‌نمایش AEP وارد کنید.</p>		

