

Authorized Representative

ਅਖਤਿਆਰਪ੍ਰਾਪਤ ਨੁਮਾਇੰਦਾ ਉਹ ਸ਼ਖ਼ਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜਿਸਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਸਮਾਜਕ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਵਿਭਾਗ (DSHS) ਜਾਂ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਅਥਾਰਿਟੀ (HCA) ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਜਾਂ ਲਾਭ ਲੈਣ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਨੁਮਾਇੰਦਗੀ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ ਨਿਯੁਕਤ ਕਰਦੇ ਹੋ। ਇਸ ਸ਼ਖ਼ਸ ਜਾਂ ਜੱਥੇਬੰਦੀ ਨੂੰ ਯੋਗਤਾ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਤਰਫ਼ੋਂ ਕੰਮ ਕਰਨ ਲਈ ਅਖਤਿਆਰ ਮਿਲਿਆ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਅਖਤਿਆਰਪ੍ਰਾਪਤ ਨੁਮਾਇੰਦਾ ਰੱਖਣਾ ਅਖਤਿਆਰੀ ਹੈ; ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ, ਤਾਂ DSHS ਜਾਂ HCA ਤੁਹਾਡੇ ਲਾਭ ਨਹੀਂ ਰੋਕ ਸਕਦਾ।

ਕਲਾਇੰਟ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ			
ਨਾਂ	ACES ਕਲਾਇੰਟ ਦਾ ਆਈਡੀ ਨੰਬਰ		
ਅਖਤਿਆਰਪ੍ਰਾਪਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ			
ਨਾਂ	ਜੱਥੇਬੰਦੀ ਅਤੇ ਵਿਭਾਗ (ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੈ)	ਫੋਨ ਨੰਬਰ (ਏਰੀਆ ਕੋਡ)	
ਡਾਕ ਦਾ ਪਤਾ	ਸ਼ਹਿਰ	ਸਟੇਟ	ਜਿਪ ਕੋਡ
ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਅਤੇ ਮਿਆਦ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ			
ਕਿਹੜਾ/ਕਿਹੜੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਹਨ, ਜਿਹਨਾਂ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡਾ ਅਖਤਿਆਰਪ੍ਰਾਪਤ ਨੁਮਾਇੰਦਾ, ਤੁਹਾਡੀ ਤਰਫ਼ੋਂ ਕੰਮ ਕਰੇ? ਲਾਗੂ ਸਾਰਿਆਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ। <input type="checkbox"/> ਨਗਦ ਲਾਭ <input type="checkbox"/> ਬੁਨਿਆਦੀ ਭੋਜਨ ਦੇ ਲਾਭ <input type="checkbox"/> ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ <input type="checkbox"/> ਲੰਮੀ ਮਿਆਦ ਦੀ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਤੁਸੀਂ ਕਿੰਨੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡਾ ਅਖਤਿਆਰਪ੍ਰਾਪਤ ਨੁਮਾਇੰਦਾ, ਤੁਹਾਡੀ ਤਰਫ਼ੋਂ ਕੰਮ ਕਰੇ? <input type="checkbox"/> 90 ਦਿਨ <input type="checkbox"/> ਸਰਟੀਫਿਕੇਸ਼ਨ ਦੀ ਮਿਆਦ ਦੀ ਸਮਾਪਤੀ (ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇੱਕ ਸਾਲ) ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਜ਼ਬਾਨੀ ਜਾਂ ਲਿਖਤ ਵਿੱਚ ਲਾਭਾਂ 'ਤੇ ਅਸਰ ਪਾਏ ਬਿਨਾਂ ਅਖਤਿਆਰਪ੍ਰਾਪਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਲਈ ਆਪਣੀ ਬੇਨਤੀ ਵਾਪਸ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਰੱਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।			
ਚਿੱਠੀ-ਪੱਤਰ ਸਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ			
ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਂ ਲਾਭਾਂ ਦੇ ਪੱਧਰ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ, ਜਿਹਨਾਂ ਬਾਰੇ ਤੁਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡਾ ਅਖਤਿਆਰਪ੍ਰਾਪਤ ਨੁਮਾਇੰਦਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੇ। ਨਗਦ, ਬੁਨਿਆਦੀ ਭੋਜਨ, ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਜਾਂ ਲੰਮੀ ਮਿਆਦ ਦੀ ਸੰਭਾਲ (ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਚਾਰ ਖਾਨਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਸਿਰਫ਼ ਇੱਕ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ)			FOR DEPARTMENT USE ONLY (ਸਿਰਫ਼ ਵਿਭਾਗ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਲਈ) Rep Type NC NO AD NA HO SB
<input type="checkbox"/> DSHS/HCA ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਨਾਲ ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਮੇਰੀ ਯੋਗਤਾ ਬਾਰੇ ਵਿਚਾਰ-ਚਰਚਾ ਕਰਨੀ ਅਤੇ ਚਿੱਠੀਆਂ ਨਹੀਂ ਲੈਣੀਆਂ।			
<input type="checkbox"/> DSHS/HCA ਦੀਆਂ ਚਿੱਠੀਆਂ ਲੈਣੀਆਂ ਅਤੇ ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਮੇਰੀ ਯੋਗਤਾ ਬਾਰੇ ਵਿਚਾਰ-ਚਰਚਾ ਕਰਨੀ।			
<input type="checkbox"/> DSHS/HCA ਚਿੱਠੀਆਂ, ਨਵਿਆਏ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਫ਼ਾਰਮ ਲੈਣੇ ਅਤੇ ਲਾਭਾਂ ਬਾਰੇ ਮੇਰੀ ਯੋਗਤਾ ਬਾਰੇ ਵਿਚਾਰ-ਚਰਚਾ ਕਰਨੀ।.....			
<input type="checkbox"/> DSHS/HCA ਚਿੱਠੀਆਂ, ਨਵਿਆਏ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਫ਼ਾਰਮ, ਭੁਗਤਾਨ, ProviderOne ਕਾਰਡ ਲੈਣੇ ਅਤੇ ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਮੇਰੀ ਯੋਗਤਾ ਬਾਰੇ ਵਿਚਾਰ-ਚਰਚਾ ਕਰਨੀ।.....			
ਸਿਰਫ਼ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਲਈ (ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਸੇ 'ਤੇ ਵੀ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ)			
<input type="checkbox"/> ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਨੁਮਾਇੰਦਾ – ਚਿੱਠੀਆਂ ਲੈਣੀਆਂ ਅਤੇ ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਮੇਰੀ ਯੋਗਤਾ ਬਾਰੇ ਵਿਚਾਰ-ਚਰਚਾ ਕਰਨੀ।.....			HO
<input type="checkbox"/> ਸਪਾਂਸਰ ਵਲੋਂ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ। ਸਪਾਂਸਰਾਂ ਦਾ ਨਾਂ ਅਤੇ ਪਤਾ ਫ਼ਾਇਨਾਂਸੀਅਲ ਰਿਕਵਰੀ ਦੇ ਦਫ਼ਤਰ ਨੂੰ ਭੇਜੋ			SB
ਕਲਾਇੰਟ ਦਾ ਅਖਤਿਆਰਨਾਮਾ			
(ਕਲਾਇੰਟ ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤ) ਵਲੋਂ ਅਖਤਿਆਰ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਤਾਰੀਖ਼	ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਨ ਦੀ	ਨਾਂ ਲਿਖੋ	ਫੋਨ ਨੰਬਰ (ਏਰੀਆ ਕੋਡ)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: HIPAA ਦੀਆਂ ਪਾਬੰਦੀਆਂ, ਸਾਨੂੰ ਅਖਤਿਆਰਪ੍ਰਾਪਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਨਾਲ ਕਲਾਇੰਟ ਦੀ ਨਿਜੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਬਾਰੇ ਵਿਚਾਰ-ਚਰਚਾ ਕਰਨ ਤੋਂ ਵਰਜਦੀ ਹੈ, ਜਦ ਤੱਕ ਕਿ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਕੋਲ ਕਲਾਇੰਟ ਲਈ ਅਖਤਿਆਰਨਾਮਾ ਨਹੀਂ ਹੈ ਜਾਂ ਕਲਾਇੰਟ ਨੇ [DSHS 14-012, ਸਹਿਮਤੀ ਫ਼ਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਨਹੀਂ ਕੀਤੇ ਹੋਏ](#)। ਇਸ ਵਿੱਚ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ, HIV/AIDS ਅਤੇ STD ਟੈਸਟ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਅਤੇ ਸ਼ਰਾਬ ਜਾਂ ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਆਦਤ ਪੈਣ ਸਬੰਧੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ।

FOR DEPARTMENT USE ONLY (ਸਿਰਫ਼ ਵਿਭਾਗ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਲਈ)
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.

