

Ovlašćeni predstavnik Authorized Representative

Ovlašćeni predstavnik je neko koga vi odredite da vas zastupa kada podnosite zahtev ili primete beneficije od Ministarstva za socijalne i zdravstvene usluge (Department of Social and Health Services - DSHS) ili Uprave za zdravstvenu zaštitu (Health Care Authority - HCA). Ovo lice ili organizacija je ovlašćeno da deluje u vaše ime u svrhu dokazivanja podobnosti za dobijanje beneficija. Korišćenje ovlašćenog predstavnika je po izboru; DSHS ili HCA ne mogu da zadrže beneficije ukoliko ne potpišete ovaj obrazac.

Informacije o klijentu			
IME		BROJ KLIJENTOVOG ID-ja u ACES-u	
Informacije o ovlašćenom predstavniku			
IME	ORGANIZACIJA I SEKTOR (AKO JE PRIMENJIVO)	BROJ TELEFONA (POZIVNI BROJ)	
POŠTANSKA ADRESA	GRAD	DRŽAVA	POŠTANSKI BROJ
Informacije o programu i njegovom trajanju			
<p>Za koji program(e) želite da vaš ovlašćeni predstavnik deluje u vaše ime? Potvrdite sve na koje se to odnosi.</p> <p><input type="checkbox"/> Gotovinske beneficije <input type="checkbox"/> Beneficije za osnovnu ishranu <input type="checkbox"/> Pokriće za zdravstvenu zaštitu <input type="checkbox"/> Pokriće za dugoročnu zaštitu</p> <p>Koliko dugo želite da vaš ovlašćeni predstavnik deluje u vaše ime?</p> <p><input type="checkbox"/> 90 dana <input type="checkbox"/> Do kraja sertifikovanog perioda (obično jedna godina)</p> <p>Možete povući ili opozvati svoj zahtev za ovlašćenim predstavnikom u bilo koje vreme, usmeno ili pismeno, bez ikakvog uticaja na beneficije.</p>			
Informacije o korespondenciji			SAMO ZA KORIŠĆENJE U SEKTORU Vrsta predstavljanja
<p>Molimo vas da obeležite nivo informacija ili beneficija koje želite da vaš ovlašćeni predstavnik prima.</p> <p><u>Za gotovinu, Osnovnu ishranu, Pokriće za zdravstvenu zaštitu ili Dugoročnu zaštitu</u> <u>(potvrdite samo jedan od četiri donja kvadratića)</u></p> <p><input type="checkbox"/> Raspravljati o mojoj podobnosti za primanje beneficija sa predstavnikom DSHS/HCA, bez primanja pisama.</p> <p><input type="checkbox"/> Primati pisma od DSHS/HCA i raspravljati o mojoj podobnosti za primanje beneficija.</p> <p><input type="checkbox"/> Primati pisma od DSHS/HCA, obrasce o obnavljanju i raspravljati o mojoj podobnosti za primanje beneficija.</p> <p><input type="checkbox"/> Primati pisma od DSHS/HCA, obrasce o obnavljanju, uplate, kartice ProviderOne i raspravljati o mojoj podobnosti za primanje beneficija.</p> <p><u>Samo za Pokriće za zdravstvenu zaštitu (potvrdite bilo koji kvadratić ako je primenljivo)</u></p> <p><input type="checkbox"/> Predstavnik bolnice – primati pisma i raspravljati o mojoj podobnosti za primanje beneficija.</p> <p><input type="checkbox"/> Premije koje isplaćuje sponzor. Ime sponzora i adresa poslata Kancelariji za finansijski oporavak.</p>			
			NC
			NO
			AD
			NA
			HO
			SB
Ovlašćenje od strane klijenta			
OVLAŠĆEN OD STRANE (POTPIS KLIJENTA)	DATUM POTPISIVANJA	IME ŠTAMPANIM SLOVIMA	BROJ TELEFONA (POZIVNI BROJ)

NAPOMENA: Ograničenje HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act - Zakon o prenosivosti i odgovornosti zdravstvenog osiguranja) nas sprečava da razgovaramo o klijentovim ličnim zdravstvenim podacima sa ovlašćenim predstavnikom, osim ako predstavnik nema punomoć za tog klijenta ili je klijent potpisao [obrazac o Saglasnosti DSHS 14-012](#). To obuhvata otkrivanje podataka o mentalnom zdravlju, rezultatima testiranja na HIV/AIDS i polno prenosive bolesti ili usluge lečenja i zavisnosti od hemijskih supstanci.

SAMO ZA UPOTREBU U MINISTARSTVU (FOR DEPARTMENT USE ONLY) 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.

