

(ตัวแทนที่ได้รับอนุญาต)

ตัวแทนที่ได้รับอนุญาตเป็นบุคคลที่คุณเลือกให้เป็นตัวแทนคุณ เมื่อคุณยื่นขอหรือรับสิทธิประโยชน์กับ Department of Social and Health Services (กระทรวงสุขภาพและบริการมนุษย์, DSHS) หรือ Health Care Authority (สำนักงานสาธารณสุข, HCA) บุคคลหรือองค์กรที่คุณระบุชื่อจะได้รับอนุญาตให้ดำเนินการในนามของคุณสำหรับวัตถุประสงค์ด้านคุณสมบัติ การมีตัวแทนที่ได้รับอนุญาตเป็นทางเลือก โดย DSHS หรือ HCA ไม่สามารถรับสิทธิประโยชน์ได้ หากคุณไม่ลงนามในแบบฟอร์มนี้

ข้อมูลลูกค้า			
ชื่อ		เลขประจำตัวลูกค้า ACES	
ข้อมูลตัวแทนที่ได้รับอนุญาต			
ชื่อ	องค์กรและฝ่าย (ถ้ามี)	หมายเลขโทรศัพท์ (รหัสพื้นที่)	
ที่อยู่ไปรษณีย์	เมือง	รัฐ	รหัสไปรษณีย์
ข้อมูลโปรแกรมและระยะเวลา			
<p>โปรแกรมใดที่คุณต้องการให้ตัวแทนที่ได้รับอนุญาตดำเนินการในนามของคุณ? เลือกทุกข้อที่ใช่</p> <p><input type="checkbox"/> สิทธิประโยชน์เงินสด <input type="checkbox"/> สิทธิประโยชน์ Basic Food (อาหารพื้นฐาน) <input type="checkbox"/> ความคุ้มครองดูแลสุขภาพ <input type="checkbox"/> ความคุ้มครอง การดูแลระยะยาว</p> <p>คุณต้องการให้ตัวแทนที่ได้รับอนุญาตดำเนินการในนามของคุณนานเพียงใด? <input type="checkbox"/> 90 วัน <input type="checkbox"/> ต่อเนื่อง</p> <p>ตัวแทนต่อเนื่องสำหรับเงินสดและอาหารพื้นฐานจะหมดอายุเมื่อสิ้นสุดระยะเวลารับรองแต่ละรอบ ตัวแทนสำหรับความคุ้มครองด้านการแพทย์จะหมดอายุเมื่อร้องขอ หรือเมื่อบุคคลหรือตัวแทนเสียชีวิต</p> <p>สำหรับทุกโปรแกรม คุณสามารถลบหรือยกเลิกค่าขอตัวแทนที่ได้รับอนุญาตได้ตลอดเวลาด้วยทางวาจาหรือเป็นลายลักษณ์อักษร โดยไม่มีผลกระทบต่อสิทธิประโยชน์</p>			
ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง			
โปรดเลือกระดับข้อมูลหรือสิทธิประโยชน์ที่คุณต้องการให้ตัวแทนที่ได้รับอำนาจได้รับ			สำหรับ กระทรวงใช้เท่านั้น ประเภทตัวแทน
สำหรับเงินสด อาหารพื้นฐาน ความคุ้มครองการดูแลสุขภาพ หรือ การดูแลระยะยาว (เลือกเพียงช่องเดียวจากสี่ช่องด้านล่าง)			
<input type="checkbox"/> หากหรือคุณสมบัตินี้การรับสิทธิประโยชน์ของฉันทันกับตัวแทน DSHS/HCA และ ไม่รับจดหมาย			
<input type="checkbox"/> รับจดหมายของ DSHS/HCA และหากหรือคุณสมบัตินี้การรับสิทธิประโยชน์ของฉันทัน			
<input type="checkbox"/> รับจดหมายของ DSHS/HCA, ต่ออายุแบบฟอร์ม และหากหรือคุณสมบัตินี้การรับสิทธิประโยชน์ของฉันทัน			
<input type="checkbox"/> รับจดหมายของ DSHS/HCA, ต่ออายุแบบฟอร์ม บัตร ProviderOne และหากหรือคุณสมบัตินี้การรับสิทธิประโยชน์ของฉันทัน ตัวแทนของคุณจะได้รับเงินสวัสดิการ DSHS ของคุณ			
สำหรับความคุ้มครองการดูแลสุขภาพเท่านั้น (เลือกช่องใดช่องหนึ่ง หากเกี่ยวข้อง)			
<input type="checkbox"/> ตัวแทนโรงพยาบาล - รับจดหมายและหากหรือคุณสมบัตินี้การรับสิทธิประโยชน์ของฉันทัน			
<input type="checkbox"/> ผู้สนับสนุนการชำระค่าเบี้ย ชื่อและที่อยู่ผู้สนับสนุนส่งไปที่สำนักงานเรียกคืนเงิน			
การมอบอำนาจของลูกค้า			
มอบอำนาจโดย (ลายเซ็นลูกค้า)	วันที่ลงนาม	ชื่อตัวบรรจง	หมายเลขโทรศัพท์ (รหัสพื้นที่)
<p>หมายเหตุ: ข้อจำกัดของ HIPAA กำหนดไม่ให้เราหรือข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลของลูกค้ากับตัวแทนที่ได้รับอนุญาต ยกเว้นตัวแทนมีหนังสือมอบอำนาจของลูกค้าหรือลูกค้าลงนามใน DSHS 14-012, Consent form ซึ่งรวมถึงการเปิดเผยข้อมูลสุขภาพจิต, ผลตรวจ เอชไอวี/เอดส์ และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือบริการการรักษาและการพึ่งพาสารเคมี</p>			
For Department Use Only - Instructions (สำหรับกระทรวงใช้เท่านั้น - คำแนะนำ)			
<p>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.</p>			

