

ตัวแทนที่ได้รับอนุญาตคือบุคคลที่คุณมอบหมายให้เป็นตัวแทนเพื่อยื่นขอหรือรับสิทธิประโยชน์กับ Department of Social and Health Services (DSHS) หรือ Health Care Authority (HCA) บุคคลหรือหน่วยงานดังกล่าว ได้รับอนุญาตให้ปฏิบัติหน้าที่ในนาม ของคุณ ภายใต้เกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด คุณสามารถเลือกแต่งตั้งตัวแทนที่ได้รับอนุญาตหรือไม่ก็ได้ DSHS หรือ HCA ไม่สามารถระงับสิทธิประโยชน์ของคุณหากคุณไม่ลงนามในแบบฟอร์มนี้

ข้อมูลผู้รับบริการ			
ชื่อ		หมายเลข ID ผู้รับบริการ ACES	
ข้อมูลตัวแทนที่ได้รับอนุญาต			
ชื่อ		หน่วยงานและแผนก (แล้วแต่กรณี)	หมายเลขโทรศัพท์ (รหัสพื้นที่)
ที่อยู่ทางไปรษณีย์	เมือง	รัฐ	รหัสไปรษณีย์
ข้อมูลโครงการและระยะเวลา			
<p>โครงการใดที่คุณต้องการให้ตัวแทนที่ได้รับอนุญาตของคุณดำเนินการแทนคุณ เลือกทุกข้อที่เกี่ยวข้อง</p> <p><input type="checkbox"/> สิทธิประโยชน์เป็นเงินสด <input type="checkbox"/> สิทธิประโยชน์พื้นฐานด้านอาหาร <input type="checkbox"/> ความคุ้มครองด้านสุขภาพ <input type="checkbox"/> ความคุ้มครองระยะยาว</p> <p>คุณต้องการให้ตัวแทนที่ได้รับอนุญาตของคุณดำเนินการแทนตัวคุณนานเท่าใด</p> <p><input type="checkbox"/> 90 วัน <input type="checkbox"/> สิ้นสุดรอบการรับรอง (ปกติหนึ่งปี)</p> <p>คุณสามารถเพิกถอนหรือยกเลิกคำขอใช้ตัวแทนที่ได้รับอนุญาตได้ทุกเมื่อทั้งโดยทางวาจาหรือที่เป็นลายลักษณ์อักษรโดยไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ต่อสิทธิประโยชน์ของคุณ</p>			
ข้อมูลการติดต่อ			
<p>กรุณาตรวจสอบระดับข้อมูลหรือสิทธิประโยชน์ที่คุณต้องการให้ตัวแทนที่ได้รับอนุญาตสามารถรับได้</p> <p>สำหรับสิทธิประโยชน์เป็นเงินสด บริการพื้นฐานด้านอาหาร ความคุ้มครองด้านสุขภาพและการดูแลระยะยาว (เลือกหนึ่งในสี่ข้อด้านล่าง)</p> <p><input type="checkbox"/> พุดคุยเกี่ยวกับคุณสมบัติของฉันเพื่อรับสิทธิประโยชน์กับตัวแทนของ DSHS/HCA โดยไม่มีสิทธิ์รับจัดหมาย.....</p> <p><input type="checkbox"/> รับจัดหมายจาก DSHS/HCA และพุดคุยเกี่ยวกับคุณสมบัติในการรับสิทธิประโยชน์ของฉัน</p> <p><input type="checkbox"/> รับจัดหมายจาก DSHS/HCA แบบฟอร์มการต่ออายุและพุดคุยเกี่ยวกับคุณสมบัติในการรับสิทธิประโยชน์ของฉัน..</p> <p><input type="checkbox"/> รับจัดหมายจาก DSHS/HCA แบบฟอร์มต่ออายุ การชำระเงิน บัตร ProviderOne และพุดคุยเกี่ยวกับคุณสมบัติในการรับสิทธิประโยชน์ของฉัน.....</p> <p>เฉพาะความคุ้มครองด้านสุขภาพ (เลือกข้อใดก็ได้ด้านล่างตามความเหมาะสม)</p> <p><input type="checkbox"/> ตัวแทนของโรงพยาบาล - รับจัดหมายและพุดคุยเกี่ยวกับคุณสมบัติในการรับสิทธิประโยชน์ของฉัน</p> <p><input type="checkbox"/> ผู้ให้การสนับสนุนจ่ายเบี้ยประกัน ส่งชื่อและที่อยู่ของผู้ให้การสนับสนุนไปยัง Office of Financial Recovery</p>			<p>FOR DEPARTMENT USE ONLY (สำหรับหน่วยงาน เท่านั้น)</p> <p>Rep Type</p> <p>NC</p> <p>NO</p> <p>AD</p> <p>NA</p> <p>HO</p> <p>SB</p>
การรับรองผู้รับบริการ			
รับรองโดย (ลายมือชื่อผู้รับบริการ)	วันที่ลงนาม	ชื่อดับรรจง	หมายเลขโทรศัพท์ (รหัสพื้นที่)

หมายเหตุ: ข้อจำกัดของ HIPAA

ทำให้เราไม่สามารถพุดคุยข้อมูลด้านสุขภาพเฉพาะบุคคลของผู้รับบริการกับตัวแทนที่ได้รับอนุญาตจนกว่าตัวแทนจะได้รับมอบอำนาจสำหรับผู้รับบริการและผู้รับบริการได้ลงนามใน [แบบฟอร์มแสดงความยินยอม DSHS 14-012 แล้ว](#) ซึ่งครอบคลุมไปถึงการเปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพจิต ประวัติการติดเชื้อ HIV/AIDS และการตรวจหาโรค STD หรือการรักษาและการใช้ยาใด ๆ ต่อเนื่อง

FOR DEPARTMENT USE ONLY (สำหรับหน่วยงานเท่านั้น)
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.

DSHS 14-532 TH (REV. 11/2014) Thai

Barcode label



14532