

Уповноважений представник — це особа, яку ви обираєте представляти вас, коли подаєте заявку на допомогу або отримуєте її в Department of Social and Health Services (Департаменті соціальних і медичних служб, DSHS) або Health Care Authority (Управлінні охорони здоров'я, HCA). Особа чи організація, яку ви зазначаєте, уповноважена діяти від вашого імені з метою отримання права на участь у програмі. Наявність уповноваженого представника не обов'язкова. DSHS або HCA не можуть відмовити в допомозі, якщо ви не підпишете цю форму.

Інформація про клієнта			
ІМ'Я		ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР КЛІЄНТА ACES	
Інформація про вповноваженого представника			
ІМ'Я	ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ВІДДІЛ (ЯКЩО Є)	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ (КОД МІСТА)	
ПОШТОВА АДРЕСА	МІСТО	ШТАТ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС
Інформація про програму та її тривалість			
<p>За якими програмами ви вповноважуєте вашого представника діяти від вашого імені? Позначте все, що підходить.</p> <p><input type="checkbox"/> Грошова допомога <input type="checkbox"/> Продуктова допомога <input type="checkbox"/> Медичне забезпечення <input type="checkbox"/> Забезпечення щодо Long-term Care (довгострокового догляду)</p> <p>Як надовго ви вповноважуєте вашого представника діяти від вашого імені? <input type="checkbox"/> 90 днів <input type="checkbox"/> Постійно</p> <p>Термін дії повноважень постійних представників щодо програм із грошової та продуктової допомоги закінчується в кінці кожного періоду дії сертифіката. Термін дії повноважень представників щодо медичного забезпечення закінчується за запитом або в разі смерті особи чи її представника.</p> <p>Для всіх програм ви можете будь-коли вилучити або скасувати свій запит на вповноваженого представника в усній чи письмовій формі.</p>			
Це в жодному разі не вплине на допомогу. Інформація щодо кореспонденції			
<p>Перевірте рівень інформації або допомоги, що ви хочете отримати від вашого вповноваженого представника.</p> <p><u>Для грошової, продуктової допомоги, медичного забезпечення або забезпечення щодо Long-Term Care (довгострокового догляду)</u> <u>(позначте лише один із чотирьох пунктів нижче)</u></p> <p><input type="checkbox"/> Обговорювання мого права на допомогу з представником DSHS/HCA, без отримання листів.</p> <p><input type="checkbox"/> Отримання листів від DSHS/HCA та обговорювання мого права на допомогу.</p> <p><input type="checkbox"/> Отримання листів від DSHS/HCA, поновлення форм та обговорювання мого права на допомогу.</p> <p><input type="checkbox"/> Отримання листів від DSHS/HCA, поновлення форм, карток ProviderOne та обговорювання мого права на допомогу Ваш представник отримуватиме вашу грошову допомогу DSHS.</p> <p><u>Лише для медичного забезпечення (позначте один із пунктів нижче, якщо доречно)</u></p> <p><input type="checkbox"/> Представник лікарні: отримання листів та обговорювання мого права на допомогу.</p> <p><input type="checkbox"/> Спонсор сплачує внески. Ім'я та адреса спонсорів, надіслані до Office of Financial Recovery (Управління фінансового оздоровлення).</p>			<p>Тільки для службового використання</p> <p>Тип представника</p> <p>NC</p> <p>NO</p> <p>AD</p> <p>NA</p> <p>HO</p> <p>SB</p>
Дозвіл клієнта			
УПОВНОВАЖУЮ (ПІДПИС КЛІЄНТА) ПІДПИСАННЯ	ДАТА	ІМ'Я ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ (КОД МІСТА)
<p>ПРИМІТКА. Обмеження HIPAA не дозволяють нам обговорювати особисту медичну інформацію клієнта з уповноваженим представником, якщо представник не має довіреності від клієнта або клієнт не підписав DSHS 14-012, Consent form. Це включає розголошення інформації про психічне здоров'я, результати тестів на HIV/AIDS (ВІЛ/СНІД) та STD (ЗПСШ) або послуги лікування в нарколога.</p>			
Тільки для службового використання – Інструкції			
<p>Тип представника — система ACES не обмежує вибір типу представника кодами, зазначеними вище. Якщо для програми потрібен тип представника, якого немає в зазначеному вище списку, або якщо вибрано один із наведених вище кодів, але він не підходить для ситуації (наприклад, для інтернату, розпорядника платежів щодо базових потреб тощо), введіть відповідний тип представника програми на екрані AREP.</p>			

