

ایک مجاز نمائندہ وہ شخص ہوتا ہے جسے آپ اپنی نمائندگی کے لیے منتخب کرتے ہیں جب آپ Department of Social and Health Services (محکمہ برائے سماجی و صحت کی خدمات، DSHS) یا Health Care Authority (نگہداشت صحت اتھارٹی، HCA) کے ساتھ فوائد کے لیے درخواست دیتے ہیں یا وصول کرتے ہیں۔ آپ جس فرد یا تنظیم کا نام دیتے ہیں وہ اہلیت کے مقاصد کے لیے آپ کی طرف سے کام کرنے کا مجاز ہوتا ہے۔ ایک مجاز نمائندہ کا حاصل کرنا اختیاری ہے؛ اگر آپ اس فارم پر دستخط نہیں کرتے تو DSHS یا HCA فوائد کو روک نہیں سکتے ہیں۔

کلانٹ کی معلومات

نام	ACES کلانٹ ID نمبر
-----	--------------------

مجاز نمائندہ کی معلومات

نام	تنظیم اور محکمہ (اگر قابل اطلاق ہو)	فون نمبر (علاقہ کوڈ)
ڈاک کا پتہ	شہر	ریاست
		زپ کوڈ

پروگرام اور دورانیہ سے متعلق معلومات

آپ اپنے مجاز نمائندہ کے لیے آپ کی طرف سے کس پروگرام (پروگراموں) کے لیے کام کروانا چاہتے ہیں؟ تمام قابل اطلاق پر نشان لگائیں۔

کیش بینیفٹس Basic Food (بنیادی فوڈ) بینیفٹس ہیلتھ کیئر کوریج طویل مدتی نگہداشت کوریج

آپ کیا چاہتے ہیں کہ آپ کا مجاز نمائندہ آپ کی طرف سے کتنے عرصے تک کام کرتا رہے؟

90 دن مسلسل جاری رکھیں

نقدی اور بنیادی غذا کے لیے مسلسل جاری نمائندوں کی مہیاہد ہر توثیق دہی کی مدت کے اختتام پر ختم ہو جاتی ہے۔ میڈیکل کوریج کے لیے نمائندے کی مہیاہد درخواست کرنے پر، یا فرد یا ان کے نمائندے کی وفات پر ختم ہو جاتی ہے۔ تمام پروگراموں کے لیے، آپ کسی بھی وقت، زبانی یا تحریری طور پر، فوائد کو متاثر کیے بغیر، مجاز نمائندے کے لیے اپنی درخواست کو ختم یا منسوخ کر سکتے ہیں۔

خط و کتابت کی معلومات

For Department Use Only (صرف محکمہ کے استعمال کے لیے) نمائندگی، نمائندہ کی قسم	<p>براہ کرم اس معلومات یا فوائد کی سطح پر نشان لگائیں جو آپ اپنے مجاز نمائندے کے ذریعے حاصل کرنا چاہتے ہیں۔</p> <p><u>نقدی، بنیادی غذا، نگہداشت صحت کوریج یا طویل مدتی نگہداشت کے لیے</u> <u>(ذیل کے چار خانوں میں سے صرف ایک پر نشان لگائیں)</u></p> <p><input type="checkbox"/> فوائد کے لیے میری اہلیت سے متعلق DSHS/HCA کے نمائندے سے بات چت کریں اور خطوط وصول نہ کریں۔</p> <p><input type="checkbox"/> DSHS/HCA خطوط وصول کریں اور فوائد کے لیے میری اہلیت پر بات چیت کریں۔</p> <p><input type="checkbox"/> DSHS/HCA خطوط، تجدید فارمز وصول کریں اور فوائد کے لیے میری اہلیت پر بات چیت کریں۔</p> <p><input type="checkbox"/> DSHS/HCA خطوط، تجدید فارمز، ProviderOne کارڈز وصول کریں اور فوائد کے لیے میری اہلیت پر بات چیت کریں۔ آپ کا نمائندہ آپ کے DSHS نقد فوائد حاصل کرے گا۔</p> <p><u>صرف ہیلتھ کیئر کوریج کے لیے (اگر قابل اطلاق ہو تو ذیل کے کسی ایک خانے میں نشان لگائیں)</u></p> <p><input type="checkbox"/> ہسپتال کا نمائندہ - خطوط وصول کریں اور فوائد کے لیے میری اہلیت پر بات چیت کریں۔</p> <p><input type="checkbox"/> پریمیئمز ادا کرنیوالا اسپانسر۔ اسپانسرز کا نام اور پتہ جو آفس آف فنانشل ریکوری کو بھیجے گئے۔</p>
--	--

کلانٹ کی اجازت دہی

مجاز کردہ بطرف (کلانٹ کے دستخط)	دستخط کی تاریخ	نام پرنٹ کریں	فون نمبر (علاقہ کوڈ)
---------------------------------	----------------	---------------	----------------------

نوٹ: HIPAA کی پابندیاں ہمیں کلانٹ کی انفرادی صحت کی معلومات کے بارے میں مجاز نمائندے کے ساتھ بات چیت کرنے سے روکتی ہیں سوائے کہ اگر نمائندے کو کلانٹ کے لیے پاور آف اٹارنی/مختار نامہ حاصل ہو یا کلانٹ نے

رضامندی کا فارم DSHS 14-012 اس میں ذہنی صحت کی معلومات، HIV/AIDS اور STD ٹیسٹ کے نتائج، یا علاج اور کیمیائی انحصار کی خدمات سے متعلق انکشاف شامل ہوتا ہے۔

For Department Use Only (صرف محکمہ کے استعمال کے لیے) - ہدایات

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.

