

Một Đại Diện Được Ủy Quyền là người được quý vị chỉ định đại diện quý vị khi quý vị nộp đơn xin, hay nhận các phúc lợi với Bộ Y Tế và Xã Hội (Department of Social and Health Services) - (DSHS) hay với Health Care Authority (HCA). Người này hay tổ chức này được ủy quyền thực hiện nhân danh quý vị cho các mục đích hợp lệ tiêu chuẩn. Có một vị đại diện được ủy quyền là điều tùy ý; DSHS hay HCA không thể giữ lại các phúc lợi nếu quý vị không ký vào đơn này.

| Thông Tin về Thân Chủ | | | |
|---|--------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| TÊN | | SỐ ID THÂN CHỦ của ACES | |
| Thông Tin về Vị Đại Diện Được Ủy Quyền | | | |
| TÊN | TỔ CHỨC HAY BAN NGÀNH (NẾU ỨNG DỤNG) | SỐ ĐIỆN THOẠI (MÃ SỐ KHU VỰC) | |
| ĐỊA CHỈ GÓI THƯ | THÀNH PHỐ | TIỂU BANG | KHU BƯU CHÍNH |
| Thông Tin về Chương Trình và Thời Hạn | | | |
| <p>Những chương trình nào mà quý vị muốn vị đại diện được ủy quyền thực hiện nhân danh quý vị? Đánh vào tất cả phần ứng dụng.</p> <p><input type="checkbox"/> Phúc Lợi Tiền Mặt <input type="checkbox"/> Phúc Lợi Thực Phẩm Căn Bản <input type="checkbox"/> Bao Phí Chăm Sóc Sức Khỏe</p> <p><input type="checkbox"/> Bao Phí Chăm Sóc Dài Hạn</p> <p>Quý vị muốn vị đại diện được ủy quyền của quý vị thực hiện nhân danh quý vị trong bao lâu?</p> <p><input type="checkbox"/> 90 ngày <input type="checkbox"/> Kết thúc chu kỳ được nhận (thường là một năm)</p> <p>Quý vị có thể rút lại hay hủy bỏ yêu cầu của quý vị về vị đại diện được ủy quyền vào bất cứ lúc nào, bằng lời nói hay văn bản, mà không có bất cứ tác động nào lên phúc lợi của quý vị.</p> | | | |
| Thông Tin về Thư Từ | | | FOR DEPARTMENT USE ONLY Rep Type |
| <p>Xin vui lòng kiểm tra cấp độ của các thông tin hay phúc lợi mà quý vị muốn vị đại diện được ủy quyền của quý vị nhận.</p> <p>Về Tiền Mặt, Thực Phẩm Căn bản, Bao Phí Chăm Sóc Sức Khỏe hay Chăm Sóc Dài Hạn (Chỉ đánh vào một trong bốn cột phía dưới)</p> <p><input type="checkbox"/> Thảo luận tình trạng hợp lệ tiêu chuẩn cho các phúc lợi của tôi với một vị đại diện DSHS/HCA và không nhận thư từ.....</p> <p><input type="checkbox"/> Nhận thư từ của DSHS/HCA và thảo luận tình trạng hợp lệ tiêu chuẩn cho các phúc lợi của tôi</p> <p><input type="checkbox"/> Nhận thư từ, các đơn tái xét của DSHS/HCA, và thảo luận tình trạng hợp lệ tiêu chuẩn cho các phúc lợi của tôi</p> <p><input type="checkbox"/> Nhận thư từ, các đơn tái xét, các chi trả, thẻ ProviderOne (thẻ y tế) của DSHS/HCA và thảo luận tình trạng hợp lệ tiêu chuẩn cho các phúc lợi của tôi</p> | | | |
| Chỉ cho Phần Bao Phí Chăm Sóc Sức Khỏe (đánh vào một trong hai ô ở dưới nếu ứng dụng) | | | |
| <input type="checkbox"/> Đại diện bệnh viện – Nhận thư từ và thảo luận tình trạng hợp lệ tiêu chuẩn cho các phúc lợi của tôi | | | NC |
| <input type="checkbox"/> Người bảo trợ trả phí bảo hiểm. Tên và địa chỉ người bảo trợ được gửi tới Office of Financial Recovery (Phòng Thu Hồi Tài chánh) | | | NO |
| | | | AD |
| | | | NA |
| | | | HO |
| | | | SB |
| Thông Tin về Thân Chủ | | | |
| ĐƯỢC ỦY QUYỀN BỞI (CHỮ KÝ THÂN CHỦ) | | NGÀY KÝ | VIẾT TÊN CHỮ IN |
| | | | SỐ ĐIỆN THOẠI (MÃ SỐ KHU VỰC) |

LƯU Ý: Sự hạn chế của HIPAA ngăn cấm chúng tôi thảo luận các thông tin về y tế cá nhân của thân chủ với vị đại diện được ủy quyền, trừ phi vị đại diện này có giấy ủy quyền cho vị thân chủ hay vị thân chủ đã ký [Đơn Thỏa Thuận DSHS 14-012](#). Điều này bao gồm việc tiết lộ các thông tin về các kết quả xét nghiệm y tế tâm thần, HIV/AIDS và STD, hay việc trị liệu và các dịch vụ cai nghiện ma túy.

**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.

