



DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION

수혜자 대리인의 이름 및 주소

께,

본 기관의 기록에 따르면 귀하는 다음처럼 확인됩니다.

후견인

Healthcare 결정에 대한 건강관리위임(DPOA).

본 서신은 귀하의 역할을 입증하는 현 후견인 확인서 또는 건강관리위임(DPOA) 서류의 사본을 요청하기 위한 목적으로 발송되었습니다. DDA는 서비스에 동의한 수혜자 이외의 다른 사람의 후견인 또는 건강관리위임(DPOA) 자격을 확인해야 합니다. 저희는 _____에 대해 이 문서를 보유해야 합니다.

수혜자의 이름

궁금한 사항이 있으시면 다음 전화번호로 연락하시기 바랍니다 _____
전화번호(지역번호 포함)

현 후견인 확인서 또는 DPOA 서류를 아래 DDA 사무소로 보내주시기 바랍니다.

감사합니다.

사례 관리자의 이름 및 직책

cc: 수혜자 파일

안내

법정 대리인은 언제 본 양식을 받게 됩니까?

귀하가 수혜자에 대한 법정 대리인으로 확인되고 본 기관이 수혜자 파일 내 건강관리 문서를 위한 현 후견인 확인서 또는 DPOA 사본을 보유하지 않은 경우, 본 양식을 받게 됩니다.