



**DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES**  
DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION

ФАМИЛИЯ, ИМЯ И АДРЕС ПРЕДСТАВИТЕЛЯ КЛИЕНТА

Уважаемый (-ая):

По имеющимся у нас данным вы идентифицированы как:

- Опекун лица
- Лицо, имеющее Долгосрочную доверенность на принятие решений в отношении медицинского ухода (DPOA).

Настоящим запрашиваю копию текущих Писем об опекунстве или доверенности DPOA, чтобы проверить ваш статус. Администрации по вопросам инвалидности вследствие пороков развития (DDA) необходимо проверить статус опекуна или доверенного лица по доверенности DPOA перед тем, как разрешить другому лицу, помимо клиента, давать согласие на обслуживание. Нам важно получить эту документацию для \_\_\_\_\_  
ИМЯ И ФАМИЛИЯ КЛИЕНТА

Если у вас есть вопросы, обращайтесь ко мне: \_\_\_\_\_  
НОМЕР ТЕЛЕФОНА (С КОДОМ ЗОНЫ)

Вышлите копии текущих Писем об опекунстве или доверенности DPOA на указанный ниже адрес отделения DDA.

Благодарю вас.

\_\_\_\_\_  
ИМЯ, ФАМИЛИЯ И ДОЛЖНОСТЬ МЕНЕДЖЕРА ПО РЕСУРСАМ

копии: Досье клиента

## ИНСТРУКЦИИ

### **Когда следует направить эту форму законному представителю?**

Направляйте эту форму в том случае, если лицо обозначено в качестве законного представителя вашего клиента и при этом у вас нет текущих экземпляров действительных Писем об опекунстве или доверенности DPOA в медицинской документации из досье вашего клиента.