



## 授权用户 Authorized User



受益人姓名
WA Cares ID 号码（若知道）

### 什么是授权用户？

授权用户是您选择的、经您明确指示，并在您完全知情、同意和控制的情况下，协助您访问 WA Cares Fund 账户的人员。

### 授权用户可以做什么？

在您知情、同意、明确指示并全程控制的前提下，授权用户可以：

- 通过自己的登录信息访问您的WA Cares在线账户。
- 协助您访问和操作您的WA Cares在线账户，包括通过其自身用户资料协助填写在线申请和表格，以及在您的WA Cares账户中就您的福利金进行选择。
- 访问您WA Cares账户中受HIPAA保护的信息。
- 就您的WA Cares申请、福利金及服务与WA Cares进行沟通。

授权用户不得：

- 在未经您知情、同意、许可或控制的情况下，为您管理WA Cares福利金，或就您的WA Cares申请、福利金或服务作出决定。
- 代表您签署任何申请、表格、证明，或与任何方（包括社会福利服务部、长期护理或医疗服务提供者）签订任何协议。

### 我需要授权用户吗？

不需要，您无需必须拥有授权用户。指定授权用户是可选的，且不会对您的福利金或资格产生任何影响。您可随时通过 WA Cares 在线账户或联系 WA Cares 移除授权用户。

### 授权用户是法定代表人吗？

授权用户并非法定代表人。与法定代表人不同，授权用户仅能在您的明确指示下提供协助，无权就您的申请、福利、所获服务或服务提供者作出决定。WA Cares不会接受授权用户代替受益人签署文件、作出证明或表示同意。

如果您希望指定某人代表您作出决定，必须提供法律文件，证明该人被指定为您的法定代表人。您可以使用自己的表格，或使用 WA Cares Fund 福利金有限授权委托书表格。

### 如果我已经有了法定代表人了怎么办？

如果您已经有了法定代表人，可向 WA Cares 提供法律文件的复印件。为使法定代表人能够代表您管理福利金，WA Cares 必须留存您的法律文件副本。



# 授权用户 Authorized User



受益人姓名
WA Cares ID 号码 (若知道)

<b>填写并提交本表格:</b>	<b>您需要提供的信息:</b>
填写和提交本表格有三种方式: <b>在线申请:</b> 可通过您的WA Cares在线账户填写并签署电子版。 <b>上传:</b> 填写并签署本表格。上传至您的 WA Cares 在线账户。 <b>寄送至:</b> DSHS The WA Cares Fund PO Box 45612 Olympia, WA 98504-5612	<ul style="list-style-type: none"> <li>您的全名</li> <li>您的地址和电话号码</li> <li>您的WA Cares ID号码 (若知道)</li> <li>您的授权用户的全名和联系信息。</li> </ul>
	<b>填写本表格需要帮助:</b>
	联系WA Cares寻求帮助: <b>致电: 844-CARE4WA (844-227-3492)</b> <b>访问: <a href="http://www.wacaresfund.wa.gov">www.wacaresfund.wa.gov</a></b>
	<b>提供语言协助:</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>语言翻译服务</li> <li>手语服务</li> <li>盲文</li> <li>TTY/TDD用户请拨打 1-800-833-6384</li> </ul>

受益人信息			
全名	电话号码	WA Cares ID 号码	
街道地址	城市	州	邮政编码
邮寄地址 (可选)	城市	州	邮政编码

授权用户信息			
全名	电话号码	WA Cares ID 号码	
街道地址	城市	州	邮政编码

您希望授权用户协助您多长时间?

一年     无期限     特定日期:

隐私
<p>HIPAA的限制及其他隐私法规定, WA Cares不得向任何人分享受益人的机密账户信息或受保护健康信息, 除非受益人明确授权WA Cares分享此类信息。</p> <p>通过本表格指定授权用户, 即表示您授权WA Cares向您指定的授权用户分享受HIPAA保护的信息, 包括健康信息、机密账户信息, 以及与WA Cares申请和WA Cares福利金相关的信息。</p>



# 授权用户 Authorized User



受益人姓名
WA Cares ID 号码 (若知道)

## 授权

签署本表格，即表示我确认：

我指定上述个人作为我的授权用户，仅按本表格所述方式协助我处理WA Cares福利金相关事宜。

上述个人并非我的法定代表人，在无法律文件证明其有权限的情况下，不得代替我或代表我就我的WA Cares账户或福利金作出任何决定。

在无法律文件证明上述个人有权限的情况下，WA Cares不会认可其代替我签署任何文件、作出任何证明或表示任何同意。

WA Cares获准向上述个人分享我的机密信息，包括与我的WA Cares申请、福利金及相关健康信息有关的内容。

本授权将于上述指定日期终止，或在我丧失指示授权用户的能力时终止。

若申请人无法签名，可标记“X”代替，但须由见证人签名。若由法定代表人签署，须向 WA Cares 提供相关证明文件。

申请人签名	日期	工整填写姓名	签署地点 (城市和州)
法定代表人 签名 (如适用)	日期	工整填写姓名	签署地点 (城市和州)
见证人签名 (如以 X 代替签名)	日期	工整填写姓名	签署地点 (城市和州)