

**Լիազորված ներկայացուցիչ
Authorized Representative**

Լիազորված ներկայացուցիչն այն անձն է, ում Դուք նշանակել եք ներկայացնելու Ձեզ, երբ Դուք դիմում կամ ստանում եք նպաստներ Մոնիթորինգի և առողջապահական ծառայությունների վարչությունից (DSHS) կամ Առողջապահական խնամքի մարմնից (HCA): Այս անձը կամ կազմակերպությունը լիազորված է գործելու Ձեր անունից իրավունակ նպատակներով: Լիազորված ներկայացուցիչ ունենալը կամրնտիր է: DSHS-ը կամ HCA-ը չի կարող չտրամադրել նպաստներ, եթե Դուք չստորագրեք այս ձևը:

| | |
|--|-------------------------|
| Տեղեկություններ հաճախորդի մասին | |
| ԱՆՈՒՆ | ACES ՀԱՃԱԽՈՐԴԻ ID ՀԱՄԱՐ |

| | | |
|--|---|-----------------------------|
| Տեղեկություններ Լիազորված ներկայացուցչի մասին | | |
| ԱՆՈՒՆ | ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅՈՒՆ ԿԱՄ ՎԱՐՉՈՒԹՅՈՒՆ (ԵԹԵ ԿԻՐԱՌԵԼԻ Է) | ՀԵՌԱԽՈՍԱՀԱՄԱՐ (ՏԱՐԱԾՔԻ ԿՈՐ) |
| ՓՈՍՏԱՅԻՆ ՀԱՍՑԵ | ՔՍՂԱՔ | ՆԱՀԱՆԳ ՓՈՍՏԱՅԻՆ ԿՈՐ |

| | |
|---|--|
| Տեղեկություններ ծրագրի և տևողության մասին | |
| <p>Ո՞ր ծրագրի համար կցանկանայիք, որ Ձեր լիազորված ներկայացուցիչը գործեր Ձեր անունից: Նշեք բոլոր կիրառելիները:</p> <p><input type="checkbox"/> Կանխիկ նպաստներ <input type="checkbox"/> Հիմնական սննդային նպաստներ <input type="checkbox"/> Առողջապահական խնամքի ծածկույթ</p> <p><input type="checkbox"/> Երկարաժամկետ խնամքի ծածկույթ</p> <p>Որքա՞ն ժամանակ կցանկանայիք, որ Ձեր լիազորված ներկայացուցիչը գործեր Ձեր անունից:</p> <p><input type="checkbox"/> 90 օր <input type="checkbox"/> Վկայագրման ժամկետի ավարտ (հիմնականում մեկ տարի)</p> <p>Դուք կարող եք որևէ պահի հետ վերցնել կամ չեղյալ համարել լիազորված ներկայացուցչի համար Ձեր խնդրանքը՝ բանավոր կամ գրավոր, առանց նպաստների վրա որևէ ազդեցության:</p> | |

| | | |
|--|--|---|
| Տեղեկություններ նամակագրության մասին | | FOR DEPARTMENT USE ONLY (ՄԻՍՅՆ ՎԱՐՉՈՒԹՅԱՆ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ՀԱՄԱՐ) Rep Type NC NO AD NA HO SB |
| Խնդրում եմ նշել Ձեր ցանկացած տեղեկատվության կամ նպաստների մակարդակը, որ Ձեր լիազորված ներկայացուցիչն ստանա: | | |
| Կանխիկ, Հիմնական սննդի, Առողջապահական խնամքի ծածկույթի կամ Երկարաժամկետ խնամքի համար (նշեք ստորև ներկայացված չորս վանդակներից միայն մեկը) | | |
| <p><input type="checkbox"/> Քննարկել նպաստների համար իմ իրավունակությունը DSHS/HCA ներկայացուցիչների հետ և նամակներ չստանալ:</p> <p><input type="checkbox"/> Ստանալ DSHS/HCA նամակներ և քննարկել նպաստների համար իմ իրավունակությունը:</p> <p><input type="checkbox"/> Ստանալ DSHS/HCA նամակներ, թարմացման ձևեր և քննարկել նպաստների համար իմ իրավունակությունը:</p> <p><input type="checkbox"/> Ստանալ DSHS/HCA նամակներ, թարմացման ձևեր, վճարներ, ProviderOne քարտեր և քննարկել նպաստների համար իմ իրավունակությունը</p> | | |
| Միայն առողջապահական խնամքի ծածկույթի համար (նշեք ստորև որևէ վանդակ, եթե կիրառելի է) | | |
| <p><input type="checkbox"/> Հիվանդանոցի ներկայացուցիչ – ստանալ նամակներ և քննարկել նպաստների համար իմ</p> <p><input type="checkbox"/> Ապահովագրված վճարող հովանավոր: Ֆինանսական վերականգնման գրասենյակ ուղարկված հովանավորների անուն, հասցե</p> | | |

| | | |
|---|---------------|-----------------------------|
| Հաճախորդի լիազորություն | | |
| ԼԻԱԶՈՐՎԱԾ Է (ՀԱՃԱԽՈՐԴԻ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ) ՍՏՈՐԱԳՐՄԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎ | ԱՆՈՒՆ՝ ՏՊԱՏԱՌ | ՀԵՌԱԽՈՍԱՀԱՄԱՐ (ՏԱՐԱԾՔԻ ԿՈՐ) |

ՆՇՈՒՄ. HIPAA սահմանափակումները թույլ չեն տալիս մեզ քննարկել հաճախորդի անձնական առողջական տեղեկությունները լիազորված ներկայացուցչի հետ, եթե ներկայացուցիչը չունի լիազորագիր հաճախորդի համար կամ հաճախորդը չի ստորագրել [DSHS 14-012, Համաձայնության ձևը](#): Սա ներառում է հոգեկան առողջության, HIV/AIDS-ի և STD թեստի արդյունքների կամ բուժման կամ քիմիական կախվածության ծառայությունների վերաբերյալ տեղեկությունների բացահայտում:

| |
|---|
| FOR DEPARTMENT USE ONLY (ՄԻՍՅՆ ՎԱՐՉՈՒԹՅԱՆ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ՀԱՄԱՐ) 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. |
|---|

