

الممثل المفوض هو شخص تفوضه لتمثيلك عند التقدم للحصول على إعانات أو استلامها من إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) أو سلطة الرعاية الصحية (HCA). يكون هذا الفرد أو هذه المؤسسة مخولاً بالتصرف نيابة عنك لأغراض الأهلية. وجود ممثل مخول هو أمر اختياري؛ لا يمكن أن تحجب إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) أو سلطة الرعاية الصحية (HCA) الخدمات إذا لم توقع هذا النموذج.

معلومات العميل	
الاسم	رقم معرف عميل الدخول
معلومات الممثل المفوض	
الاسم	رقم الهاتف (رمز المنطقة)
عنوان المراسلة	المنظمة والإدارة (إن وجدت)
المدينة	الولاية
الرمز البريدي	
معلومات البرنامج ومدته	
<p>ما هو البرنامج (البرامج) التي ترغب أن يتصرف فيها الممثل المفوض نيابة عنك؟ حدد كل ما ينطبق.</p> <p><input type="checkbox"/> الإعانات النقدية <input type="checkbox"/> إعانات الطعام الأساسية <input type="checkbox"/> تغطية الرعاية الصحية <input type="checkbox"/> تغطية الرعاية طويلة الأجل</p> <p>ما المدة التي ترغب أن يتصرف فيها الممثل المفوض نيابة عنك؟</p> <p><input type="checkbox"/> 90 يوماً <input type="checkbox"/> نهاية فترة الترخيص (سنة واحدة عادة)</p> <p>يمكنك إلغاء أو سحب طلبك لأحد الممثلين المفوضين في أي وقت شفويًا أو كتابيًا دون التأثير على المزايا.</p>	
معلومات المراسلات	
<p>FOR DEPARTMENT USE ONLY (مخصص لاستخدام الإدارة فقط)</p> <p>Rep Type</p> <p>NC</p> <p>NO</p> <p>AD</p> <p>NA</p> <p>HO</p> <p>SB</p>	<p>يرجى التحقق من مستوى المعلومات أو الإعانات التي ترغب في أن يستلمها الممثل المفوض.</p> <p>مخصص للإعانات النقدية أو الطعام الأساسي أو تغطية الرعاية الصحية أو الرعاية طويلة الأجل (حدد أحد المربعات الأربعة التالية فقط)</p> <p><input type="checkbox"/> مناقشة أهليتي للحصول على إعانات مع ممثل إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS)/سلطة الرعاية الصحية (HCA) وعدم استلام الخطابات.....</p> <p><input type="checkbox"/> استلام خطابات إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS)/سلطة الرعاية الصحية (HCA) ومناقشة أهليتي للحصول على الإعانات.....</p> <p><input type="checkbox"/> استلام خطابات إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS)/سلطة الرعاية الصحية (HCA) ونماذج التجديد ومناقشة أهليتي للحصول على الإعانات.....</p> <p><input type="checkbox"/> استلام خطابات إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS)/سلطة الرعاية الصحية (HCA) ونماذج التجديد وبطاقات ProviderOne ومناقشة أهليتي للحصول على الإعانات.....</p> <p>خصص لتغطية الرعاية الصحية فقط (حدد أي مربع أدناه إن وجد)</p> <p><input type="checkbox"/> ممثل المستشفى - استلام خطابات إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS)/سلطة الرعاية الصحية (HCA) ومناقشة أهليتي للحصول راعي دفع الأقساط. اسم الراعي وعنوانه المرسل إلى مكتب الاسترداد المالي.....</p>
تفويض عميل	
مفوض من قبل (توقيع العميل)	تاريخ التوقيع
الاسم المطبوع	رقم الهاتف (رمز المنطقة)

ملاحظة: تمنعنا قيود HIPAA من مناقشة المعلومات الصحية الشخصية للعميل مع ممثل مفوض ما لم يكن يمتلك الممثل توكيلاً من العميل أو وقع العميل على نموذج الموافقة [DSHS 14-012](#). ويشتمل هذا على الكشف عن المعلومات الصحية العقلية، ونتائج اختبارات فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز والأمراض المنقولة جنسياً أو العلاج أو الخدمات التي تعتمد على العلاج الكيميائي.

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.

