

الممثل المفوض هو شخص تختاره ليمثلك عندما تتقدم للحصول على الإعانات لدى Department of Social and Health Services (إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية، DSHS) أو Health Care Authority (هيئة الرعاية الصحية، HCA). الشخص أو المنظمة الذي/التي تختاره/ها مفوض/ة للتصرف نيابة عنك لأغراض الأهلية. إن وجود ممثل مفوض أمر اختياري؛ لا يمكن لـ DSHS أو HCA حجب الإعانات إذا لم تقم بإمضاء هذه الاستمارة.

| | |
|--|---------------------------|
| بيانات العميل | |
| الاسم | رقم ACES التعريفي للعميل |
| بيانات الممثل المفوض | |
| الاسم | المنظمة والقسم (إن وُجد) |
| عنوان البريد | رقم الهاتف (ورمز المنطقة) |
| المدينة | الولاية |
| الرمز البريدي | |
| بيانات البرنامج ومدته | |
| <p>أي برنامج تريد من ممثلك المفوض أن يتصرف فيه نيابةً عنك؟ حدد كل ما ينطبق.</p> <p><input type="checkbox"/> الإعانات النقدية <input type="checkbox"/> إعانات الغذاء الأساسي <input type="checkbox"/> تغطية الرعاية الصحية <input type="checkbox"/> تغطية Long-term Care (الرعاية طويلة المدى)</p> <p>إلى أي مدة تريد من ممثلك المفوض أن يتصرف فيه نيابةً عنك؟</p> <p><input type="checkbox"/> 90 يوماً <input type="checkbox"/> تمثيل مستمر</p> <p>تنتهي صلاحية الممثلين المستمرين للإعانات النقدية والغذاء الأساسي بنهاية كل مدة تصديق. تنتهي صلاحية الممثلين للتغطية الطبية عند تقديم طلب، أو في حال وفاة الشخص أو ممثله.</p> <p>بالنسبة لجميع البرامج، يمكنك إزالة أو إلغاء طلبك للحصول على ممثل مفوض في أي وقت، شفهيًا أو كتابيًا، من دون أي تأثير على الإعانات.</p> | |
| بيانات المراسلة | |
| <p>يُرجى تحديد مستوى المعلومات أو الإعانات التي تريد من ممثلك المفوض استلامها.</p> <p>الإعانات النقدية أو الغذاء الأساسي أو تغطية الرعاية الصحية أو Long-Term Care (الرعاية طويلة المدى)</p> <p>(حدد صندوقاً واحداً فقط من الأربعة صناديق أدناه)</p> <p><input type="checkbox"/> مناقشة أهليتي للإعانات مع ممثل DSHS/HCA وعدم استلام خطابات.</p> <p><input type="checkbox"/> استلام خطابات من DSHS/HCA ومناقشة أهليتي للإعانات.</p> <p><input type="checkbox"/> استلام خطابات من DSHS/HCA واستمارات التجديد ومناقشة أهليتي للإعانات.</p> <p><input type="checkbox"/> استلام خطابات من DSHS/HCA واستمارات التجديد وبطاقات ProviderOne ومناقشة أهليتي للإعانات. سيستلم ممثلك إعانات DSHS النقدية الخاصة بك.</p> <p>لتغطية الرعاية الصحية فقط (حدد أيًا من الصندوقين أدناه إن وُجد)</p> <p><input type="checkbox"/> ممثل المستشفى – استلام خطابات ومناقشة أهليتي للإعانات.</p> <p><input type="checkbox"/> ضمان دفع الأقساط. اسم الضامن وعنوانه المرسلان إلى Office of Financial Recovery (مكتب التحصيل المالي).</p> | |
| لاستخدام القسم المختص فقط نوع التمثيل | |
| NC | |
| NO | |
| AD | |
| NA | |
| HO | |
| SB | |
| تفويض العميل | |
| مفوض من (إمضاء العميل) | تاريخ التوقيع |
| الاسم مطبوع | رقم الهاتف (ورمز المنطقة) |
| <p>ملاحظة: تمنعنا قيود HIPAA من مناقشة البيانات الصحية الفردية للعميل مع الممثل المفوض ما لم يكن لدى الممثل توكيلاً رسميًا عن العميل أو كان العميل قد قام بتوقيع DSHS 14-012, Consent form. وهذا يتضمن الإفصاح عن بيانات الصحة النفسية أو ونتائج اختبارات HIV/AIDS و STD أو خدمات العلاج وإدمان المخدرات.</p> | |
| لاستخدام القسم المختص فقط - تعليمات | |
| <p>نوع التمثيل – لا تقصر ACES خيارات Rep Type (نوع التمثيل) على الرموز المدرجة أعلاه. إذا تطبَّ أحد البرامج Rep Type (نوع التمثيل) غير مدرج أعلاه أو إذا تم اختيار أحد الرموز أعلاه لكنه ليس مناسبًا للموقف (مثل لمنزل جماعي، مستلم واق، إلخ) أدخل Rep Type (نوع التمثيل) المناسب للبرنامج المحدد على شاشة AREP.</p> | |

