

अधिकृत प्रतिनिधि
Authorized Representative

एक अधिकृत प्रतिनिधि वह है जिसे आप जब आप डिपार्टमेंट ऑफ सोशल एंड हेल्थ सर्विसिज़ (DSHS) या हेल्थ केयर ऑथोरिटी (HCA) से बेनिफिट्स के लिए आवेदन करते/करती हैं या प्राप्त करते/करती हैं, तो आपका प्रतिनिधित्व करने के लिए अधिकृत करते/करती हैं। यह व्यक्ति अथवा संस्थान पात्रता के उद्देश्यों से आपकी तरफ से कार्य करने को अधिकृत होता है। अधिकृत प्रतिनिधि निर्धारित करना वैकल्पिक है; यदि आप इस फॉर्म पर हस्ताक्षर नहीं करते/करती हैं, तो DSHS या HCA बेनिफिट्स रोक कर नहीं रख सकते।

क्लायंट संबंधी जानकारी			
नाम	ACES क्लायंट आईडी क्रमांक		
अधिकृत प्रतिनिधि संबंधी जानकारी			
नाम	संस्थान और विभाग (यदि लागू होता हो)	फोन नंबर (एरिया कोड)	
डाक पता	शहर	राज्य	ज़िप कोड
कार्यक्रम और अवधि संबंधी जानकारी			
<p>आप कौन-से कार्यक्रमों में आपके अधिकृत प्रतिनिधि आपकी तरफ से कार्य करें ऐसा चाहते/चाहती हैं? लागू होने वाले सभी पर सही का निशान लगाएं।</p> <p><input type="checkbox"/> कैश बेनिफिट्स <input type="checkbox"/> बेज़िक फूड बेनिफिट्स <input type="checkbox"/> हेल्थ केयर (स्वास्थ्य देखभाल) कवरेज <input type="checkbox"/> लॉग टर्म (दीर्घकालीन) केयर कवरेज</p> <p>आप कितने समय तक आपके अधिकृत प्रतिनिधि आपकी तरफ से कार्य करें ऐसा चाहते/चाहती हैं?</p> <p><input type="checkbox"/> 90 दिन <input type="checkbox"/> प्रमाणन अवधि की समाप्ति (सामान्यतः एक साल)</p> <p>आप किसी भी समय, बेनिफिट्स पर बिना किसी प्रभाव के आपकी अधिकृत प्रतिनिधि के लिए माँग को शाब्दिक अथवा लिखित रूप से वापस ले सकते/सकती हैं, अथवा रद्द कर सकते/सकती हैं।</p>			
पत्रव्यवहार संबंधी जानकारी			
<p>आप अपने अधिकृत प्रतिनिधि को जिस स्तर की जानकारी या बेनिफिट्स मिलें ऐसा चाहते/चाहती हों उसके सामने सही का निशान लगाएं।</p> <p>कैश, बेज़िक फूड, हेल्थ केयर कवरेज या लॉग-टर्म केयर के लिए (नीचे दिए गए चौकोरों में से केवल एक के सामने सही का निशान लगाएं)</p> <p><input type="checkbox"/> किसी DSHS/HCA प्रतिनिधि से बेनिफिट्स के लिए मेरी पात्रता के बारे में बात करना और पत्र प्राप्त न करना.....</p> <p><input type="checkbox"/> DSHS/HCA द्वारा भेजे गए पत्र प्राप्त करना और बेनिफिट्स के लिए मेरी पात्रता के बारे में बात करना.....</p> <p><input type="checkbox"/> DSHS/HCA द्वारा भेजे गए पत्र, रिन्यूअल फॉर्म प्राप्त करना और बेनिफिट्स के लिए मेरी पात्रता के बारे में बात करना.....</p> <p><input type="checkbox"/> DSHS/HCA द्वारा भेजे गए पत्र, रिन्यूअल फॉर्म, भुगतान, ProviderOne कार्ड्स प्राप्त करना और बेनिफिट्स के लिए मेरी पात्रता के बारे में बात करना.....</p> <p>केवल हेल्थ केयर कवरेज के लिए (यदि लागू हो तो नीचे दिए गए चौकोरों में से किसी एक में सही का निशान लगाएं)</p> <p><input type="checkbox"/> अस्पताल प्रतिनिधि - पत्र प्राप्त करना और बेनिफिट्स के लिए मेरी पात्रता के बारे में बात करना.....</p> <p><input type="checkbox"/> प्रीमियम चुकाने वाला स्पॉन्सर - स्पॉन्सर का नाम और पता ऑफिस ऑफ फाइनेन्शियल रिकवरी को भेजा गया है.....</p>			<p>FOR DEPARTMENT USE ONLY (केवल डिपार्टमेंट के उपयोग के लिए)</p> <p>Rep Type</p> <p>NC</p> <p>NO</p> <p>AD</p> <p>NA</p> <p>HO</p> <p>SB</p>
क्लायंट द्वारा अधिकरण			
क्लायंट द्वारा अधिकृत (क्लायंट के हस्ताक्षर)	हस्ताक्षर की तिथि	नाम प्रिंट करें	फोन नंबर (एरिया कोड)

नोट: HIPAA प्रतिबंध हमें अधिकृत प्रतिनिधि से क्लायंट की व्यक्तिगत स्वास्थ्य जानकारी के बारे में बात करने से प्रतिबंधित करती है, जब तक कि प्रतिनिधि के पास क्लायंट की पॉवर ऑफ एटर्नी न हो या फिर क्लायंट ने [DSHS 14-012, Consent form](#) (अनुमति फॉर्म) पर हस्ताक्षर न किये हों। इसमें मानसिक स्वास्थ्य संबंधी जानकारी, एचआईवी/एड्स और यौन रोग परीक्षणों के परिणाम या उपचार और रासायनिक निर्भरता संबंधी सेवाओं के संबंध में जानकारी का प्रकटन शामिल है।

FOR DEPARTMENT USE ONLY (केवल डिपार्टमेंट के उपयोग के लिए)
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.

