

ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດແມ່ນຄົນໃດຄົນໜຶ່ງທີ່ທ່ານແຕ່ງຕັ້ງເພື່ອຈະເປັນຕົວແທນຂອງທ່ານເມື່ອເວລາທ່ານຮ້ອງຂໍເອົາ ຫລື ຮັບເອົາການຊ່ວຍເຫລືອນຳກິນສັງຄົມສົງເຄາະ ແລະ ສາທາລະນະສຸກ (DSHS) ຫລື ເຈົ້າໜ້າທີ່ການປົນປົວສຸຂະພາບ (HCA). ບຸກຄົນນີ້ ຫລື ອົງການນີ້ ໄດ້ຖືກອະນຸຍາດໃຫ້ກະທຳໃນນາມຂອງທ່ານສຳລັບຈຸດປະສົງຂອງເງື່ອນໄຂຮັບເອົາ. ການມີຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດແມ່ນຕາມໃຈມັກ; ກົມ DSHS ຫລື HCA ບໍ່ສາມາດກັກເອົາການຊ່ວຍເຫລືອໄວ້ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ເຊັນໃສ່ຟອມໃບນີ້.

ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບຜູ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ	
ເລ. ມາດຕະການ	ເລກ ACES CLIENT ID

ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດ		
ເລ. ມາດຕະການ	ອົງການ ແລະ ກົມ (ຖ້າກ່ຽວຂ້ອງນຳ)	ເລກໂທຣະສັບ (ຣະຫັດເຂດ)

ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ	ເມືອງ	ຮັດ	ຊື່ບໍລິເວນ
--------------	-------	-----	------------

ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບໂຄງການ ແລະ ຣະຍະເວລາ

ໂຄງການອັນໃດທີ່ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດຂອງທ່ານທີ່ຈະກະທຳໃນນາມຂອງທ່ານ? ຫມາຍໃສ່ທຸກໆຢ່າງທີ່ກ່ຽວນຳ.

ການຊ່ວຍເຫລືອເງິນສົດ ການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານຈຳເປັນ ການຄຸ້ມກັນການປົນປົວສຸຂະພາບ ການຄຸ້ມກັນການປົນປົວຣະຍະຍາວດົນປານໃດທີ່ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດຂອງທ່ານທີ່ຈະກະທຳໃນນາມຂອງທ່ານ?

90 ວັນ ວັນສຸດທ້າຍຣະຍະເວລາອະນຸມັດ (ຕາມປົກກະຕິໜຶ່ງປີ)

ທ່ານຈະຖອນ ຫລື ຍົກເລີກຄຳຮ້ອງຂໍສຳລັບຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດຂອງທ່ານໄດ້ໃນທຸກໆເວລາ, ໂດຍທາງປາກເປົ່າ ຫລື ທາງໜັງສື, ໂດຍປາສຈາກຜົນສະທ້ອນຜນວໃດໃສ່ການຊ່ວຍເຫລືອ.

ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບໜັງສືຕິດຕໍ່ກັນ		FOR DEPARTMENT USE ONLY Rep Type
ກະຣຸນາຫມາຍໃສ່ຣະດັບຂອງຮາຍຮະອຽດ ຫລື ການຊ່ວຍເຫລືອທີ່ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດຂອງທ່ານທີ່ຈະຮັບເອົາ. ສຳລັບເງິນສົດ, ອາຫານຈຳເປັນ, ການຄຸ້ມກັນການປົນປົວສຸຂະພາບ ຫລື ການປົນປົວຣະຍະຍາວ (ຫມາຍໃສ່ແຕ່ອັນດຽວຂອງສີ່ບອກຂ້າງລຸ່ມນີ້)		
<input type="checkbox"/>	ເວົ້າລົມເຮືອງເງື່ອນໄຂຮັບການຊ່ວຍເຫລືອຂອງຂ້າພະເຈົ້າຜູ້ຕາງໜ້າຂອງ DSHS/HCA ແລະ ບໍ່ຮັບເອົາໜັງສື.....	NC
<input type="checkbox"/>	ຮັບເອົາໜັງສືຂອງ DSHS/HCA ແລະ ເວົ້າລົມເຮືອງເງື່ອນໄຂຮັບການຊ່ວຍເຫລືອຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.....	NO
<input type="checkbox"/>	ຮັບເອົາໜັງສືຂອງ DSHS/HCA, ໃບຟອມຕໍ່ໃຫມ່, ເວົ້າລົມເຮືອງເງື່ອນໄຂຮັບການຊ່ວຍເຫລືອຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.....	AD
<input type="checkbox"/>	ຮັບເອົາໜັງສືຂອງ DSHS/HCA, ໃບຟອມຕໍ່ໃຫມ່, ການຈ່າຍເງິນ, ບັດ ProviderOne ແລະ ເວົ້າລົມເຮືອງເງື່ອນໄຂຮັບການຊ່ວຍເຫລືອຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.....	NA
ສຳລັບການຄຸ້ມກັນການປົນປົວສຸຂະພາບເທົ່ານັ້ນ (ຫມາຍໃສ່ບອກຢູ່ລຸ່ມນີ້ບອກໃດກໍໄດ້ຖ້າກ່ຽວຂ້ອງນຳ)		
<input type="checkbox"/>	ຜູ້ຕາງໜ້າໂຮງພະຍາບານ - ຮັບເອົາໜັງສື ແລະ ເວົ້າລົມເຮືອງເງື່ອນໄຂຮັບການຊ່ວຍເຫລືອຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.....	HO
<input type="checkbox"/>	ຜູ້ຮັບປະກັນເອົາມາຈ່າຍຄ່າທຳນຽມ. ຊື່ ແລະ ທີ່ຢູ່ຂອງຜູ້ຮັບປະກັນເອົາມາຖືກສົ່ງໄປຫາຫ້ອງການກອບກູ້ເອົາເງິນຄືນ.....	SB

ການອະນຸຍາດຂອງຜູ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ			
ຖືກອະນຸຍາດໃຫ້ໂດຍ (ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮັບ)	ວັນທີເຊັນຊື່	ຊື່ຂຽນເປັນຕົວ	ເລກໂທຣະສັບ (ຣະຫັດເຂດ)

ຫມາຍເຫດ: ການຈຳກັດ HIPAA ກົດກັນພວກເຮົາຈາກການເວົ້າລົມເຮືອງຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບສຸຂະພາບສ່ວນຕົວຂອງຜູ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອນຳຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດນອກຈາກວ່າຜູ້ຕາງໜ້າມີອຳນາດທະນາຍຄວາມສຳລັບຜູ້ຮັບ ຫລືວ່າ ຜູ້ຮັບມີໃບຟອມທີ່ຖືກເຊັນໃສ່ແລ້ວ [DSHS 14-012, Consent form](#). ອັນນີ້ລວມເອົາການເປີດເຜີຍຮາຍຮະອຽດສຸຂະພາບໂຮກຈິດ, ຜົນອອກມາຂອງການກວດພະຍາດ HIV/AIDS ແລະ STD, ຫລື ການປົນປົວ ແລະ ການປົນປົວການຕິດສານເຄມີ.

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 ADATSA, group home, protective payee, etc.) enter the appropriate program specific Rep Type on the AREP screen.

