

ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਉਹ ਵਿਅਕਤੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਿਸਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਕਰਨ ਲਈ ਚੁਣਦੇ ਹੋ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ Department of Social and Health Services (ਸਮਾਜਿਕ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਿਭਾਗ, DSHS) ਜਾਂ Health Care Authority (ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਅਥਾਰਟੀ, HCA) ਨਾਲ ਲਾਭ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿੰਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ ਹੋ। ਜਿਸ ਵਿਅਕਤੀ ਜਾਂ ਸੰਸਥਾਨ ਦਾ ਨਾਮ ਤੁਸੀਂ ਦਿੰਦੇ ਹੋ ਉਹ ਯੋਗਤਾ ਦੇ ਕੰਮਾਂ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਕੰਮ ਕਰਨ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰਤ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇੱਕ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਰੱਖਣਾ ਵਿਕਲਪਿਕ ਹੁੰਦਾ ਹੈ; ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਫਾਰਮ ਤੇ ਹਸਤਾਖਰ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ ਤਾਂ DSHS ਜਾਂ HCA ਲਾਭਾਂ ਨੂੰ ਰੋਕ ਨਹੀਂ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਕਲਾਇੰਟ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ	
ਨਾਮ	ACES ਕਲਾਇੰਟ ਦਾ ਆਈ.ਡੀ. ਨੰਬਰ

ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ			
ਨਾਮ	ਸੰਸਥਾਨ ਅਤੇ ਵਿਭਾਗ (ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ ਤਾਂ)	ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ (ਏਰੀਆ ਕੋਡ)	
ਡਾਕ ਭੇਜਣ ਦਾ ਪਤਾ	ਸਹਿਰ	ਰਾਜ	ਜਿਪ ਕੋਡ

ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਅਤੇ ਮਿਆਦ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਵੱਲੋਂ ਕਿਹੜਾ/ਕਿਹੜੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਿੱਚ ਕੰਮ ਕਰਾਉਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ? ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਸਾਰਿਆਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ।
 ਨਕਦ ਲਾਭ ਮੂਲ ਭੋਜਨ ਦੇ ਲਾਭ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਦੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਸੁਰੱਖਿਆ

ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਤੋਂ ਕਿੰਨੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਆਪਣੇ ਵੱਲੋਂ ਕੰਮ ਕਰਾਉਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ?
 90 ਦਿਨ ਨਿਰੰਤਰ

ਨਕਦ ਅਤੇ ਮੂਲ ਭੋਜਨ ਲਈ ਚੱਲ ਰਹੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦੀ ਮਿਆਦ ਹਰੇਕ ਪ੍ਰਮਾਣੀਕਰਣ ਦੀ ਮਿਆਦ ਦੇ ਸਮਾਪਤ ਹੋਣ 'ਤੇ ਖਤਮ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਮੈਡੀਕਲ ਸੁਰੱਖਿਆ ਲਈ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨ 'ਤੇ, ਜਾਂ ਵਿਅਕਤੀ ਜਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦੀ ਮੌਤ ਹੋਣ 'ਤੇ ਖਤਮ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ।
 ਸਾਰੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਲਈ, ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਲਾਭਾਂ 'ਤੇ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਪ੍ਰਭਾਵ ਦੇ ਜੁਬਾਨੀ ਜਾਂ ਲਿਖਤ ਵਿੱਚ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਲਈ ਆਪਣੀ ਬੇਨਤੀ ਨੂੰ ਹਟਾ ਜਾਂ ਰੱਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਪੱਤਰ ਵਿਹਾਰ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ		ਸਿਰਫ ਵਿਭਾਗ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਲਈ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਨਾ ਪ੍ਰਕਾਰ
ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਉਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਂ ਲਾਭਾਂ ਦੇ ਪੱਧਰ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਤੁਹਾਡਾ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੇ।		
ਨਕਦ, ਮੂਲ ਭੋਜਨ, ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ਜਾਂ Long-Term Care (ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ) ਲਈ (ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਚਾਰ ਖਾਨਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਸਿਰਫ ਇੱਕ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ)		
<input type="checkbox"/> DSHS/HCA ਦੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦੇ ਨਾਲ ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਮੇਰੀ ਯੋਗਤਾ ਬਾਰੇ ਵਿਚਾਰ-ਵਟਾਂਦਰਾ ਕਰੋ ਅਤੇ ਪੱਤਰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਨਹੀਂ ਕਰੋ।	NC	
<input type="checkbox"/> DSHS/HCA ਦੇ ਪੱਤਰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ ਅਤੇ ਮੇਰੀ ਯੋਗਤਾ ਬਾਰੇ ਵਿਚਾਰ-ਵਟਾਂਦਰਾ ਕਰੋ।	NO	
<input type="checkbox"/> DSHS/HCA ਦੇ ਪੱਤਰ, ਨਵੀਨੀਕਰਣ ਫਾਰਮ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ ਅਤੇ ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਮੇਰੀ ਯੋਗਤਾ ਬਾਰੇ ਵਿਚਾਰ-ਵਟਾਂਦਰਾ ਕਰੋ।	AD	
<input type="checkbox"/> DSHS/HCA ਦੇ ਪੱਤਰ, ਨਵੀਨੀਕਰਣ ਫਾਰਮ, ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰਵਨ ਕਾਰਡ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ ਅਤੇ ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਮੇਰੀ ਯੋਗਤਾ ਬਾਰੇ ਵਿਚਾਰ-ਵਟਾਂਦਰਾ ਕਰੋ। ਤੁਹਾਡਾ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਤੁਹਾਡੇ DSHS ਦੇ ਨਕਦ ਲਾਭ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੇਗਾ।	NA	
ਸਿਰਫ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ਲਈ (ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਖਾਨਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ)		
<input type="checkbox"/> ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ - ਪੱਤਰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ ਅਤੇ ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਮੇਰੀ ਯੋਗਤਾ ਬਾਰੇ ਵਿਚਾਰ-ਵਟਾਂਦਰਾ ਕਰੋ।	HO	
<input type="checkbox"/> ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਸਪਾਂਸਰ। ਫਾਇਨੈਂਸ਼ੀਅਲ ਰਿਕਵਰੀ ਦੇ ਆਫਿਸ ਨੂੰ ਸਪਾਂਸਰ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਪਤਾ ਭੇਜਿਆ ਗਿਆ ...	SB	

ਕਲਾਇੰਟ ਦਾ ਪ੍ਰਮਾਣਿਕਰਣ			
ਅਧਿਕਾਰ ਦੇਣ ਵਾਲਾ (ਕਲਾਇੰਟ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ)	ਦੀ ਮਿਤੀ	ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤਾ ਨਾਮ	ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ (ਏਰੀਆ ਕੋਡ)

ਨੋਟ: HIPAA ਦੀਆਂ ਪਾਬੰਦੀਆਂ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਨਾਲ ਗਾਹਕ ਦੀ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਬਾਰੇ ਵਿਚਾਰ-ਵਟਾਂਦਰੇ ਤੋਂ ਰੋਕਦੀਆਂ ਹਨ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਕਿ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਕੋਲ ਕਲਾਇੰਟ ਲਈ ਪਾਵਰ ਆਫ਼ ਅਟਾਰਨੀ ਹੈ ਜਾਂ ਕਲਾਇੰਟ ਨੇ [DSHS 14-012, Consent form](#). ਇਸ ਵਿੱਚ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ, HIV/AIDS ਅਤੇ STD. ਟੈਸਟ ਦੇ ਨਤੀਜਿਆਂ, ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਅਤੇ ਰਸਾਇਣਕ ਨਿਰਭਰਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ।

ਸਿਰਫ ਵਿਭਾਗ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਲਈ - ਨਿਰਦੇਸ਼
 ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦਾ ਪ੍ਰਕਾਰ - ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦੇ ਪ੍ਰਕਾਰ ਦੀ ਚੋਣ ਨੂੰ ACES ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੇ ਕੋਡਾਂ ਤੇ ਸੀਮਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ। ਜੇ ਕਿਸੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਿੱਚ ਉਪਰੋਕਤ ਸੂਚੀਬੱਧ ਨਹੀਂ ਕੀਤੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦੇ ਪ੍ਰਕਾਰ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਜਾਂ ਜੇ ਉਪਰੋਕਤ ਕੋਡ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਇੱਕ ਦੀ ਚੋਣ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ ਪਰ ਉਹ ਸਥਿਤੀ ਦੇ ਲਈ ਢੁਕਵਾਂ ਨਹੀਂ ਹੈ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਸਮੂਹ ਘਰ, ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਕੀਤੇ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਆਦਿ), ਤਾਂ AREP ਸਕ੍ਰੀਨ 'ਤੇ ਉਚਿਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ-ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦਾ ਪ੍ਰਕਾਰ ਦਾਖਲ ਕਰੋ।

