

Yetkili Temsilci Authorized Representative

Yetkili Temsilci, Sosyal ve Sağlık Hizmetler Departmanı (Department of Social and Health Services (DSHS)) veya Sağlık Hizmetleri Kurumu (Health Care Authority (HCA)) başvuruları veya ödenek/yardım alımları konusunda sizi temsil etmesi için seçmiş olduğunuz kişidir. Adını verdiğiniz şahıs ya da kurum, ödenek/yardım hakları konusunda sizi temsil etmeye yetkilidir. Yetkili bir temsilci bulundurmamak isteğe bağlıdır; DSHS veya HCA, bu formu imzalamadığınız takdirde ödenekleri/yardımları durduramaz.

Müşteri Bilgileri	
ADI VE SOYADI	ACES MÜŞTERİ KİMLİK NUMARASI

Yetkili Temsilci ile ilgili Bilgiler		
ADI VE SOYADI	KURUM VE DEPARTMAN (VAR İSE)	TELEFON NUMARASI (ALAN KODU)
POSTA ADRESİ	ŞEHİR	EYALET POSTA KODU

Program ve Süre Bilgileri
Yetkili temsilcinizin sizi hangi program(lar)da temsil etmesini istersiniz? Uygun tüm seçenekleri işaretleyiniz. <input type="checkbox"/> Nakdi Yardımlar <input type="checkbox"/> Temel Gıda Yardımları <input type="checkbox"/> Sağlık Teminatı <input type="checkbox"/> Uzun Süreli Bakım Teminatı Yetkili temsilcinizin, sizi ne kadar süre temsil etmesini istersiniz? <input type="checkbox"/> 90 gün <input type="checkbox"/> Sürekli Nakdi ve temel gıda yardımları ile ilgili sürekli temsilcilerin süresi her bir sertifikasyon süresinin bitiminde sona erer. Tıbbi teminat ile ilgili temsilcilerin süresi ise talep halinde ya da kişinin ya da onların temsilcisinin ölümü halinde sona erer. Tüm programlar ile ilgili olarak, sözlü veya yazılı olmak kaydıyla, istediğiniz zaman yetkili temsilci talebinizi geri çekebilir ya da iptal edebilirsiniz; bu durum ödenekleri/yardımları etkilemeyecektir.

Yazışma Bilgileri	For Department Use Only (Yalnızca Departman Tarafından Kullanılmak Üzere) Rep Type
Yetkili temsilcinizin almasını istediğiniz bilgilendirme düzeyini veya ödenek/yardım seçeneğini işaretleyiniz.	
<u>Nakdi Yardım, Temel Gıda Yardımı, Sağlık Teminatı veya Uzun Süreli Bakım Teminatı (aşağıda bulunan dört kutucuktan yalnızca birini işaretleyiniz)</u>	
<input type="checkbox"/> Bir DSHS/HCA temsilcisi ile ödenek/yardım haklarımın görüşülmesi ve yazı alınmaması.....	NC
<input type="checkbox"/> DSHS/HCA yazılarının alınması ve ödenek/yardım haklarımın görüşülmesi.....	NO
<input type="checkbox"/> DSHS/HCA yazılarının ve yenileme formlarının alınması ve ödenek/yardım haklarımın görüşülmesi...	AD
<input type="checkbox"/> DSHS/HCA yazılarının, yenileme formlarının ve ProviderOne kartlarının alınması ve ödenek/yardım haklarımın görüşülmesi. DSHS nakdi yardımlarınızı temsilciniz alacaktır.	NA
<u>Yalnızca Sağlık Teminatı (aşağıdaki kutucuklardan hangisi geçerli ise işaretleyiniz)</u>	
<input type="checkbox"/> Hastane temsilcisi – yazıları alabilir ve ödenek/yardım haklarımı görüşebilir.....	HO
<input type="checkbox"/> Primleri ödeyen destekleyici. Mali Tazminat Ofisine (Office of Financial Recovery) gönderilen destekleyici adı ve adresi	SB

Müşteri Yetkilendirmesi			
YETKİ VEREN (MÜŞTERİ İMZASI)	İMZA TARİHİ	ADI SOYADI (DÜZ YAZI İLE)	TELEFON NUMARASI (ALAN KODU)

NOT: Yetkili temsilcinin müşteri ile ilgili bir vekâletnamesi olmaması ve müşterinin aşağıda belirtilen formu imzalamış olmaması durumunda HIPAA kısıtlamaları kapsamında müşterinin özel sağlık bilgilerini söz konusu temsilci ile görüşmemiz mümkün değildir: [DSHS 14-012, Onay formu](#). Bu aynı zamanda ruh sağlığı bilgilerinin, HIV/AIDS ve STD test sonuçlarının veya tedavi ya da kimyasal bağımlılık hizmetleri ile ilgili bilgilerin açıklanmasını da içermektedir.

<u>For Department Use Only - Instructions (Yalnızca Departman Tarafından Kullanılmak Üzere – Talimatlar)</u>
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.

