

ایک مجاز نمائندہ وہ فرد ہوتا ہے جسے آپ اپنی نمائندگی کرنے کے لئے تفویض کرتے ہیں جب آپ سماجی اور صحت کی خدمات (DSHS) کے محکمہ (Department of Social and Health Services) یا ہیلتھ کیئر اتھارٹی (HCA) کے پاس فوائد کے لئے درخواست کرتے ہیں یا یہ وصول کرتے ہیں۔ یہ فرد واحد یا تنظیم اہلیت کے مقاصد کے لئے آپ کے ایماء پر عمل کرنے کے لئے مجاز ہے۔ ایک بالاختیار نمائندہ ہونا اختیاری ہے؛ اگر آپ اس فارم پر دستخط نہیں کرتے ہیں تو DSHS یا HCA فوائد کو برقرار نہیں رکھ سکتے ہیں۔

کلائنٹ کی معلومات	
نام	رسائی کلائنٹ آئی ڈی نمبر
مجاز نمائندہ کی معلومات	
نام	تنظیم اور محکمہ (اگر قابل اطلاق ہو)
ڈاک کا پتہ	شہر
ریاست	زپ کوڈ
پروگرام او دورانیہ معلومات	
<p>آپ کون سے پروگرامز کے لئے چاہتے ہیں کہ آپ کا مجاز نمائندہ آپ کے ایماء پر عمل کرے؟ تمام قابل اطلاق پر نشان لگائیں۔</p> <p><input type="checkbox"/> نقدی کے فوائد <input type="checkbox"/> بنیادی خوراک کے فوائد <input type="checkbox"/> نگہداشت صحت کا بیمہ <input type="checkbox"/> طویل المدت نگہداشتی بیمہ</p> <p>کتنے عرصے کے لئے آپ چاہتے ہیں کہ آپ کا مجاز نمائندہ آپ کے ایماء پر عمل کرے؟</p> <p><input type="checkbox"/> 90 دن <input type="checkbox"/> سرٹیفیکیشن مدت کے اختتام (عام طور پر ایک سال)</p> <p>آپ کسی بھی وقت ایک مجاز نمائندہ کے لئے، زبانی طور پر یا تحریری طور پر، اپنے فوائد کو کسی بھی طرح سے متاثر کیے بغیر، مجاز دہی کو دستبردار کر سکتے یا واپس لے سکتے ہیں۔</p>	
خط و کتابت کی معلومات	
<p>FOR DEPARTMENT USE ONLY (صرف محکمہ جاتی استعمال کے لئے)</p> <p>Rep Type</p> <p>NC</p> <p>NO</p> <p>AD</p> <p>NA</p> <p>HO</p> <p>SB</p>	<p>براہ کرم معلومات یا فوائد کی سطح کی پڑتال کریں جو آپ چاہتے ہیں کہ آپ کے مجاز نمائندہ کو حاصل ہوں۔</p> <p>نقدی، بنیادی خوراک، نگہداشت صحت کا بیمہ، یا طویل المدتی نگہداشت کے لئے</p> <p>(ذیل میں چار خانوں میں سے صرف ایک پر نشان لگائیں)</p> <p>DSHS/HCA کے ساتھ فوائد کے سلسلے میں میری اہلیت پر بات چیت کرے اور خطوط وصول نہ کرے۔ <input type="checkbox"/></p> <p>DSHS/HCA خطوط وصول کرے اور فوائد کے لئے میری اہلیت پر بات چیت کرے۔ <input type="checkbox"/></p> <p>DSHS/HCA خطوط، تجدیدی فارمز وصول کرے اور فوائد کے لئے میری اہلیت پر بات چیت کرے۔ <input type="checkbox"/></p> <p>DSHS/HCA خطوط، تجدیدی فارمز، Provider One کارڈز وصول کرے اور فوائد کے لئے میری اہلیت پر بات چیت کرے۔ <input type="checkbox"/></p> <p>صرف نگہداشت صحت کے بیمہ کے لئے (اگر قابل اطلاق ہو تو ذیل میں ہر خانہ پر نشان لگائیں)</p> <p>ہسپتال کے نمائندے - خط وصول کریں اور فوائد کے لئے میری اہلیت پر بات چیت کرے۔ <input type="checkbox"/></p> <p>پریمیم ادا کرنے والے اسپانسر۔ سپانسر کا نام اور پتہ مالیاتی وصولی کے دفتر میں بھیجنے والے اسپانسرز کا نام اور پتہ۔ <input type="checkbox"/></p>
کلائنٹ مجاز دہی	
مجاز کردہ بطرف (کلائنٹ دستخط)	تاریخ دستخط کردہ
پرنت نام	فون نمبر (ایریا کوڈ)

نوٹ کریں: HIPAA پابندیاں ہمیں کلائنٹ کی انفرادی صحت کی معلومات کے حوالے سے مجاز نمائندہ کے ساتھ بات چیت کرنے سے منع کرتی ہیں جب تک کہ نمائندہ کے پاس کلائنٹ کے لئے مختار نامہ نہ ہو یا کلائنٹ نے درج ذیل فارم پر دستخط نہ کر دیئے ہوں **DSHS 14-012**، **رضامندی فارم**۔ اس میں ذہنی صحت کی معلومات، ایچ آئی وی/ایڈز اور STD ٹیسٹ کے نتائج، یا علاج اور کیمیائی انحصار کی خدمات کی افشائگی شامل ہے۔

FOR DEPARTMENT USE ONLY (صرف محکمہ جاتی استعمال کے لئے ہدایات)

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.

