

Đại Diện Được Ủy Quyền là người quý vị chọn để đại diện cho mình khi quý vị nộp đơn đăng ký hoặc nhận phúc lợi tại Department of Social and Health Services (Cơ Quan Dịch Vụ Y Tế và Xã Hội, DSHS) hoặc Health Care Authority (Cơ Quan Chăm Sóc Sức Khỏe, HCA). Cá nhân hoặc tổ chức quý vị nêu tên được ủy quyền hành động thay mặt quý vị để đảm bảo tính đủ điều kiện. Việc chọn người đại diện được ủy quyền là không bắt buộc; DSHS hoặc HCA không thể giữ lại các phúc lợi nếu quý vị không ký vào mẫu đơn này.

Thông Tin Khách Hàng			
TÊN		SỐ ID CỦA KHÁCH HÀNG ACES	
Thông Tin Người Đại Diện Được Ủy Quyền			
TÊN	TỔ CHỨC VÀ CƠ QUAN (NẾU CÓ)	SỐ ĐIỆN THOẠI (MÃ VÙNG)	
ĐỊA CHỈ GỬI THƯ	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	MÃ ZIP
Thông Tin Chương Trình và Thời Gian			
<p>Quý vị muốn người đại diện được ủy quyền của mình hành động thay mặt cho mình trong những chương trình nào? Đánh dấu tất cả các mục phù hợp.</p> <p><input type="checkbox"/> Phúc Lợi Tiền Mặt <input type="checkbox"/> Phúc Lợi Thực Phẩm Cơ Bản <input type="checkbox"/> Chi Trả Bảo Hiểm Chăm Sóc Sức Khỏe <input type="checkbox"/> Chi Trả Bảo Hiểm Long-term Care (Chăm Sóc Dài Hạn)</p> <p>Quý vị muốn người đại diện được ủy quyền của mình hành động thay mặt cho mình trong bao lâu?</p> <p><input type="checkbox"/> 90 ngày <input type="checkbox"/> Liên tục</p> <p>Thời gian đại diện của người đại diện liên tục các chương trình về tiền mặt và thực phẩm cơ bản sẽ hết hạn vào cuối mỗi giai đoạn chứng nhận. Thời gian đại diện đối với người đại diện bảo hiểm y tế sẽ hết hạn theo yêu cầu hoặc khi cá nhân hoặc người đại diện của họ qua đời.</p> <p>Đối với tất cả các chương trình, quý vị có thể xóa hoặc hủy yêu cầu chọn người đại diện được ủy quyền bất kỳ lúc nào bằng lời nói hoặc bằng văn bản mà không có bất kỳ ảnh hưởng nào đến quyền lợi.</p>			
Thông Tin Phản Hồi			
<p>Vui lòng chọn cấp độ thông tin hoặc phúc lợi quý vị muốn người được ủy quyền của mình nhận được.</p> <p><u>Đối với Phúc Lợi Tiền Mặt, Phúc Lợi Thực Phẩm Cơ Bản, Chi Trả Bảo Hiểm Chăm Sóc Sức Khỏe, Chi Trả Bảo Hiểm Long-Term Care (Chăm Sóc Dài Hạn) (chỉ đánh dấu một trong số bốn ô bên dưới)</u></p> <p><input type="checkbox"/> Trao đổi về tính đủ điều kiện hưởng phúc lợi của tôi với đại diện DSHS/HCA và không nhận thư từ. .</p> <p><input type="checkbox"/> Nhận thư từ DSHS/HCA và trao đổi về tính đủ điều kiện hưởng phúc lợi của tôi.</p> <p><input type="checkbox"/> Nhận thư, mẫu đơn gia hạn từ DSHS/HCA và trao đổi về tính đủ điều kiện hưởng phúc lợi của tôi. ...</p> <p><input type="checkbox"/> Nhận thư, mẫu đơn gia hạn, thẻ ProviderOne từ DSHS/HCA và trao đổi về tính đủ điều kiện hưởng phúc lợi của tôi. Đại diện của quý vị sẽ nhận được phúc lợi tiền mặt DSHS.</p> <p><u>Chỉ đối với Chương Trình Chi Trả Bảo Hiểm Chăm Sóc Sức Khỏe (chọn ô phù hợp bên dưới)</u></p> <p><input type="checkbox"/> Đại diện bệnh viện – nhận thư và trao đổi về tính đủ điều kiện nhận phúc lợi của tôi.</p> <p><input type="checkbox"/> Nhà tài trợ chi trả phí bảo hiểm. Tên và địa chỉ nhà tài trợ gửi tới Văn Phòng Phục Hồi Tài Chính.</p>			<p>Chỉ Dành Cho Cơ Quan Quản Lý</p> <p><u>Loại Hình Đại Diện</u></p> <p>NC</p> <p>NO</p> <p>AD</p> <p>NA</p> <p>HO</p> <p>SB</p>
Ủy Quyền của Khách Hàng			
NGƯỜI ỦY QUYỀN (CHỮ KÝ KHÁCH HÀNG)		NGÀY KÝ	TÊN VIẾT IN HOA
			SỐ ĐIỆN THOẠI (MÃ VÙNG)
<p>GHI CHÚ: Theo các hạn chế của HIPAA, chúng tôi không được thảo luận thông tin sức khỏe cá nhân của khách hàng với người đại diện được ủy quyền, trừ khi người đại diện đó có giấy ủy quyền cho khách hàng hoặc khách hàng đã ký giấy ủy quyền.</p> <p>DSHS 14-012, Consent form. Các hoạt động này bao gồm việc tiết lộ thông tin sức khỏe tâm thần, kết quả xét nghiệm HIV/AIDS và STD hoặc các dịch vụ điều trị và phụ thuộc vào hóa chất.</p>			
Chỉ Dành Cho Cơ Quan Quản Lý - Hướng Dẫn			
<p>Loại Hình Đại Diện - ACES không giới hạn các lựa chọn Loại Hình Đại Diện đối với các mã liệt kê ở trên. Nếu một chương trình yêu cầu Loại Hình Đại Diện không được nêu ở trên hoặc một trong các mã trên được chọn nhưng không phù hợp với tình huống (chẳng hạn như đối với nhà tập thể, người được bảo vệ, v.v.), vui lòng nhập Loại Hình Đại diện theo chương trình thích hợp khi khám sàng lọc AREP.</p>			

