

Medicaid Authorized Representative Designation/Change Request

Заявитель/получатель

Имя _____
Адрес _____
Улица _____ Кв. _____
Город _____ Штат _____ Почтовый индекс _____
Дата _____
Номер дела _____

Если ранее Вы не назначали уполномоченного представителя для осуществления действий от Вашего имени, но хотели бы сделать это, укажите его имя и адрес.

Имя _____
Адрес _____
Улица _____ Кв. _____
Город _____ Штат _____ Почтовый индекс _____

Телефон: (____) ____ - _____ Домашний Рабочий Мобильный Другой

Если ранее Вы назначили уполномоченного представителя, но хотите отказаться от него или назначить нового:

- Отказ от ранее назначенного уполномоченного представителя

Имя _____
Адрес _____
Улица _____ Кв. _____
Город _____ Штат _____ Почтовый индекс _____

Телефон: (____) ____ - _____ Домашний Рабочий Мобильный Другой

- Назначение нового уполномоченного представителя

Имя _____
Адрес _____
Улица _____ Кв. _____
Город _____ Штат _____ Почтовый индекс _____

Телефон: (____) ____ - _____ Домашний Рабочий Мобильный Другой

Я понимаю, что назначенный мной уполномоченный представитель получит доступ к моей личной медицинской информации. Я разрешаю своему уполномоченному представителю (отметьте все нужные варианты):

- Подавать заявления об участии и (или) о продлении участия в программе Medicaid от моего имени
 Обсуждать мое заявление об участии в программе Medicaid или мое дело, если это необходимо
 Получать уведомления и корреспонденцию

Я понимаю, что данное назначение будет действовать до тех пор, пока я не изменю или не откажусь от него.

Подпись заявителя/получателя _____

Дата _____