

# 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 \_\_\_\_\_