

Chấp thuận của Người Thụ Hưởng EPSDT cho Đại Diện Được Ủy Quyền

Tôi hiểu rằng tất cả thông tin được thu thập thay mặt tôi và/hoặc cho những người mà tôi chịu trách nhiệm đều mang tính cá nhân và bảo mật. Tôi hiểu rằng chức năng của Người Đại Diện Được Ủy Quyền là đại diện cho tôi trong quy trình Kế Hoạch Chăm Sóc Toàn Diện (CPOC) và thay mặt tôi ký các tài liệu CPOC. Tôi cũng hiểu rằng người đại diện được ủy quyền của tôi có quyền đưa ra quyết định cho tôi liên quan đến tất cả các khía cạnh của những dịch vụ Medicaid khác nhau do Sở Y Tế Louisiana (Louisiana Department of Health, LDH) quản lý. Tôi hiểu rằng điều này có thể yêu cầu Sở tiết lộ thông tin được bảo mật cho người đại diện có tên dưới đây. Bằng văn bản này, tôi từ bỏ mọi quyền mà tôi có thể có để ngăn Sở tiết lộ thông tin cho người đại diện được ủy quyền có tên dưới đây.

Tôi hiểu rằng sự ủy quyền này chỉ giới hạn cho cá nhân có tên bên dưới và có hiệu lực cho đến khi bị tôi thu hồi. Tôi cũng hiểu rằng tôi có thể hủy bỏ việc chỉ định (các) cá nhân có tên dưới đây làm Người Đại Diện Được Ủy Quyền của tôi bất kỳ lúc nào sau khi gửi thông báo bằng văn bản đến Sở.

Tôi hiểu rằng mặc dù một số thông tin được thu thập có thể không ảnh hưởng đến các dịch vụ Medicaid mà tôi nhận được nhưng nó có thể ảnh hưởng đến trách nhiệm pháp lý của tôi đối với bên thứ ba nếu thông tin này được Người Đại Diện Được Ủy Quyền của tôi tiết lộ cho bên thứ ba. Bằng văn bản này, tôi miễn trừ trách nhiệm cho Sở Y Tế Louisiana (LDH) trước bất kỳ khiếu nại nào phát sinh từ việc Người Đại Diện Được Ủy Quyền của tôi tiết lộ thông tin cho bên thứ ba.

Tôi hiểu rằng nếu ủy quyền này không được ký trước sự chứng kiến của nhân viên cơ quan hoặc đại diện chương trình thì nhân viên cơ quan có thể tiến hành xác nhận tính xác thực.

Tên Người Thụ Hưởng_____
Số An Sinh Xã Hội_____
Số ID

Tên Người Đại Diện Được Ủy Quyền: _____

Địa chỉ: _____

Số Điện Thoại (Nhà): _____ (Cơ quan): _____

Chữ Ký Người Đại Diện Được Ủy Quyền: _____ Ngày: _____

Chữ Ký Người Thụ Hưởng: _____ Ngày: _____

LƯU Ý: Người thụ hưởng phải có năng lực hành vi dân sự và phải trực tiếp ký hoặc đánh dấu vào tài liệu này để ủy quyền cho người đại diện hợp pháp. Nếu người đại diện được ủy quyền là người được liên lạc và thăm hỏi thay vì người thụ hưởng, thì phải có tài liệu hỗ trợ cho yêu cầu của người thụ hưởng về việc liên lạc với người đại diện được ủy quyền hoặc tài liệu về việc người thụ hưởng không có khả năng tự quản lý việc chăm sóc của mình. Nếu người thụ hưởng không có năng lực hành vi dân sự, không cần điền vào biểu mẫu này; SC phải giữ lại bằng chứng về quyền giám hộ/tình trạng pháp lý (tức là lệnh của tòa án).

Chữ Ký của Nhân Chứng: _____ Ngày: _____

Chữ Ký của Điều Phối Viên Hỗ Trợ: _____ Ngày: _____