



뉴욕주 발달 장애 사무소

Medicare 파트 D

권한 진술

OPWDD 에 의해 증명 또는 운영되는 거주지에 사는 수혜자용

본 양식은 발달 장애 주 운영 사무소(DDSOO) 또는 Medicare 수혜자에게 OPWDD 인증 거주 서비스를 제공하는 기관이 사용하는 양식입니다. 본 양식은 해당 제공업체가 수혜자의 Medicare 처방약 혜택에 관한 결정을 내릴 권한 및 해당 권한의 근거를 명시하고 있습니다.

안내 사항:

1. 본 양식에 있는 빈칸을 모두 작성하십시오. (참고: 수혜자를 플랜에 등록하는 경우에는 수혜자 ID 번호를 기재하지 마십시오.)
2. 해당하는 상자에란에 체크하십시오.
3. 해당되는 곳에 이름을 인쇄체로 기입하고 서명하십시오.
4. 원본은 보관하십시오.

DDSOO 또는 기관 이름

수혜자 이름

생년월일

Medicare 번호

처방약 플랜 이름

수혜자의 플랜 ID 번호

상기에 이름이 기재된 수혜자는 18 세가 넘었으며 상기에 이름이 기재된 해당 기관 또는 DDSOO 의 거주 서비스를 받고 있습니다. 이 사람은 보호자가 없으며 아래 결정을 내릴 능력이 부족하다고 판정되었습니다 (해당하는 내용 모두 표시).

☐ Medicare 처방약 플랜 가입.

☐ Medicare 파트 D 검토 절차 수행. 여기에는 불만 제기, 품질 개선 기관에 민원 제출, 보장 결정 요구 및 획득(예외 요청 및 절차 신속 처리 요청 포함), 이의를 제기 및 요청하고 이의 제기 절차 처리 등의 일체 행위가 포함됩니다.

다음 중 하나에 체크하고 해당되는 곳에 서명하십시오.

☐ 본인은 해당 기관의 간부 이사 또는 DDSOO 국장입니다. 14 NYCRR Subpart 635-11 에 따라, 본인은 수혜자가 등록 결정 및 Medicare 파트 D 검토 절차를 수행할 능력이 부족할 경우, 수혜자를 대신해 이를 수행할 권한을 부여받았습니다.

간부 이사 또는 DDSOO 국장 성명 _____

서명 _____

☐ 해당 기관의 간부 이사 또는 DDSOO 국장이 수혜자를 대신해 Medicare 처방약 플랜에 등록하고, 그리고/또는 Medicare 파트 D 검토 절차를 수행하도록 본인을 지명했습니다. NYCRR Subpart 633-11 에 따라, 본인은 수혜자가 등록 결정 및 Medicare 파트 D 검토 절차를 수행할 능력이 부족할 경우, 수혜자를 대신해 이를 수행할 권한을 부여받았습니다.

피지명인 성명 _____ 서명 _____

피지명인 성명 _____ 서명 _____

피지명인 성명 _____ 서명 _____

기관/DDSOO 전화번호 _____ 일자 _____