Управление по делам людей с инвалидностью вследствие пороков развития (OPWDD) штата Нью-Йорк

Medicare Part D
Заявление о полномочиях
для получателя услуг, который(-ая) проживает в учреждении, сертифицированном или обслуживаемом OPWDD

Данный бланк предназначен для использования Операционным офисом штата по обслуживанию лиц с расстройствами развития (DDSOO) или организацией, предоставляющей сертифицированные OPWDD стационарные услуги получателю услуг в рамках программы Medicare. В данном бланке определяются полномочия, предоставленные поставщику услуг для принятия решений в отношении страхования стоимости отпускаемых по рецепту лекарств от имени получателя услуг, и основание для таких полномочий.

Инструкции:

1. Заполните все поля данного бланка. (Примечание. Если вы включаете получателя услуг в план страхования, вы не должны указывать идентификационный номер плана получателя услуг.)
2. Отметьте все соответствующие поля.
3. Впишите имя печатными буквами и поставьте подпись везде, где это необходимо.
4. Сохраните у себя оригинал.

Наименование DDSOO или организации		
Имя получателя услуг	Дата рождения	Номер Medicare
Наименование плана страхования стоимости отпускаемых по рецепту лекарств	Идентификационный номер плана получателя услуг	

Указанный выше получатель услуг старше 18 лет и получает стационарные услуги от организации или DDSOO, указанных выше. Данное лицо не имеет опекуна и признано недееспособным для принятия решений в отношении следующих вопросов (отметьте все нужные варианты):

☐ Регистрация в плане страхования стоимости отпускаемых по рецепту лекарств Medicare.

☐ Совершение действий в процессе пересмотра плана Medicare Plan D. Такие действия включают: подачу жалоб, подачу претензий в организацию по улучшению качества, запрос и получение решения о страховом покрытии (включая ходатайства об исключении и ходатайства об ускорении процедур рассмотрения), подачу просьб и апелляций, а также участие в любом этапе процедуры апелляции.

Отметьте **<u>один вариант</u>** из указанного ниже перечня и проставьте свою подпись везде, где это необходимо:

☐ Я являюсь исполнительным директором организации или директором DDSOO. В соответствии с пунктом 635-11 раздела 14 NYCRR я наделен(-а) полномочиями по принятию решений в отношении включения в план страхования от имени получателя услуг и (или) совершению действий в процессе пересмотра плана Medicare Part D, если получатель услуг не обладает надлежащей дееспособностью для совершения таких действий.

Имя исполнительного директора или директора DDSOO_____

Подпись _____

☐ Исполнительный директор организации или директор DDSOO назначил меня (нас) для принятия решений в отношении включения получателя услуг в план страхования стоимости отпускаемых по рецепту лекарств и (или) совершения действий в процессе пересмотра Medicare Part D от имени получателя услуг. В соответствии с пунктом 633-11 раздела 14 NYCRR я (мы) наделен(-ы) полномочиями по принятию решений в отношении включения в план страхования от имени получателя услуг и (или) совершению действий в процессе пересмотра плана Medicare Part D, если получатель услуг не обладает надлежащей дееспособностью для совершения таких действий.

Имя уполномоченного представителя _____ Подпись_____

Имя уполномоченного представителя _____ Подпись_____

Имя уполномоченного представителя _____ Подпись_____

Телефон организации/DDSOO_____ Дата_____