



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

Medicare Part D

**Заявление о полномочиях
для получателя услуг, который(-ая) НЕ проживает в учреждении,
сертифицированном или обслуживаемом OPWDD**

Данный бланк предназначен для использования совершеннолетним членом семьи, совершеннолетним другом, совершеннолетним представителем интересов или совершеннолетним контактным лицом получателя услуг по программе Medicare, который не проживает в учреждении, сертифицированном или обслуживаемом Управлением по делам людей с инвалидностью вследствие пороков развития (OPWDD). В данном бланке определяются полномочия, предоставленные лицу для принятия решений в отношении страхования стоимости отпускаемых по рецепту лекарств от имени получателя услуг, и основания 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 в нижней части бланка.
4. Сохраните у себя оригинал.

Имя получателя услуг	Дата рождения	Номер Medicare

Наименование плана страхования стоимости отпускаемых по рецепту лекарств	Идентификационный номер плана получателя услуг

Указанное выше лицо старше 18 лет. 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.

Степень родства с получателем услуг. Отметьте **один вариант** из представленного ниже перечня:

- Супруг/супруга
- Родитель
- Совершеннолетний ребенок
- Совершеннолетний(-ая) брат или сестра
- Совершеннолетний член семьи
- Совершеннолетний друг, представитель интересов или контактное лицо

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 _____ Дата _____

Подпись _____

Телефон _____