NEW YORK STATE OF OPPORTUNITY. | Office for People With Developmental Disabilities

מדיקייר חלק ד הצהרת סמכות
עבור מוטבים המתגוררים במגורים מאושרים או המופעלים על ידי אופווד

טופס זה יהיה בשימוש על ידי b עובד של e המשרד המטפל בנכויות התפתחותיות (דדסו) או על ידי סוכנות a המספקת שרותי בית מאושרים של אופווד t עבור מוטבים של מדיקייר es. מצויינת בו הסמכות es t של הספק להחליט בקשר לתרופה n של מדיקייר t הניתנת n למוטב b והבסיס e לסמכות זו. **יש להשתמש בטופס המדיקייר של אופווד 5-e אם קיים צורך ליצור קשר עם תכנית מדיקייר חלק ד למוטב יחיד.**

הנחיות:

1. אנא השלם טופס זה r וצרף רשימה של הממונים th וכן של המוטב n או המוטבים e אשר בשמם פועל הממונה. מנהל הדדסו אינו יכול s למנות מישהו h שאינו עובד עבור הדדסו. כדי לפעול בשמו או בשמה e וכן מנהל g של סוכנות המספקת שרותי מגורים מאושרים של אופווד, אינו יכול למנות מישהו שאינו עובד עבור הסוכנות e כדי לפעול o בשמו או בשמה.
2. אם הטופס ימסר t לתכנית מיוחדת f כתוב את t שמה של התרופה בתכנית התרופות i ואת מספר הזיהוי l של התכנית. רק המוטבים הרשומים כעת e r בתכנית או אשר נרשמים לתכנית a יופיעו ברשימה a המצורפת של o המוטבים ri. (**הערה:** אל תספק מידע זיהוי אישי של המוטב i אשר אינו או לא יהיה רשום בתכנית.)
3. סמן את a המשבצות המתאימות b.
4. אנא כתוב את השם באותיות דפוס וחתום במקום המיועד.
5. שמור על המקור.

שם הדדסו או הסוכנות cen	
מספר הזיהוי של התכנית m	שם0 התרופה es בתכנית o התרופות

המוטבים ששמם מופיע ברשימה המצורפת הנם מעל גיל 18 ומקבלים שרותי בית מן הסוכנות או אופווד a כפי שמצוין לעיל. אף לא לאחד n מן המוטבים b יש אפוטרופוס e ונקבע כי לכולם חסרה היכולת b לקבל החלטות n בעצמם b. סמן כל a מה שקשור :

☐ ההרשמה לתכנית התרופות של מדיקייר חלק ד

☐ פעיל בתהליך הסקירה של מדיקייר חלק ד. זה כולל l הגשת התמרמרות g הגשת תלונות o בקשה וקבלה של a החלטות לגבי כיסוי (כולל בקשות d לחריגה וכן בקשות להליכים מזורזים r כמו כן) בקשה של r או a ערעורים וכן טיפול בכל שלב של הליך הערעור.

אנא חתום למטה:

☐ אני המנהל האקזקוטבי של דדסו, או המנהל. כפוף לתת סעיף 14 של NYCRR p חלק 11-635 ת אני מורשה לקבל החלטות לגבי הרשמה n של המוטבים o ו\או לפעול במסגרת הליך הסקירה של תכנית מדיקייר חלק ד, אם למטובים אין את היכולת לעשות זאת. כפוף לתת סעיף 14 של NYCRR 633 a-11, אני מסמיך את עובדי אשר שמותיהם מופיעים o ברשימה המצורפת h ואת a הממונים על ידי t לקבל החלטות בקשר לרישום ו\או לפעול בהליך הסקירה של מדיקייר חלק ד אם למוטבים e אין את היכולת a לעשות זאת.

שמו של המנהל האקזקוטיבי של דדסו או המנהל_____

חתימה_____

כתובת הסוכנות\דדסו e_____

טלפון של הסוכנות\דדסוhמספר_____ תאריך _____

Print Form | Clear Form