



**Управление штата Нью-Йорк по делам лиц,
имеющих инвалидность вследствие пороков развития
(NYS Office for People with Developmental Disabilities, OPWDD)
Medicare, часть D
Форма назначения для бенефициара**

Данная форма предназначена для дееспособного бенефициара Medicare, пользующегося услугами OPWDD или поставщика OPWDD. Лицо, назначенное в данной форме, имеет право зарегистрировать бенефициара в плане лекарственного обеспечения Medicare и изменить планы лекарственного обеспечения и/или участвовать в процедуре рассмотрения в рамках части D вместо бенефициара. Участие в процедуре рассмотрения в рамках части D означает следующее: подачу претензии; подачу жалобы в организацию по улучшению качества; требование установления объема страхового покрытия и его удовлетворение (включая запросы на исключение и запросы на проведение процедур ускоренного рассмотрения); подачу апелляций и участие на любом этапе процесса рассмотрения апелляций.

Указания:

1. Заполните все поля на странице 1 данной формы. Поставьте подпись и дату в нижней части страницы.
2. Поставьте отметку в поле, описывающем тип назначения.
3. Сохраните оригинал.

Заполняйте печатными буквами

Имя и фамилия бенефициара

Почтовый адрес

Город

Штат

Индекс

Лицо, назначенное данной формой, имеет право (отметьте все подходящие варианты):

- Регистрировать меня в плане лекарственного обеспечения Medicare, часть D, и изменять планы от моего имени.
 Участвовать в процедуре рассмотрения в рамках части D от моего имени.

Я являюсь бенефициаром, получающим услуги от OPWDD или частного агентства, сертифицированного, уполномоченного или финансируемого OPWDD, и (выберите один из следующих вариантов):

- Я назначаю _____, проживающего(-ую) по адресу _____.
- Я назначаю исполнительного директора _____, агентства, сертифицированного, утвержденного или финансируемого OPWDD. Я понимаю, что исполнительный директор может назначить полномочного представителя, который будет действовать от его имени.
- Я назначаю директора Операционного отдела штата по вопросам инвалидности вследствие пороков развития (Developmental Disabilities State Operations Office, DDSOO) _____, _____, Я понимаю, что директор DDSOO может назначить полномочного представителя, который будет действовать от его имени.

Данное назначение аннулирует любое назначение, сделанное мною ранее.

Подпись _____ Дата _____

Информацию о назначении полномочного представителя исполнительным директором или директором DDSOO, см. на следующей странице.

Назначение полномочного представителя исполнительным директором или директором DDSOO

Данная страница может быть использована для регистрации назначения полномочного представителя, который будет действовать от имени исполнительного директора или директора DDSOO, если применимо.

Представители, чьи имена, фамилии и подписи указаны ниже, удостоверяют, что исполнительный директор или директор DDSOO назначил их для принятия решений в отношении зачисления от лица бенефициара (если он назначил исполнительного директора или директора DDSOO принимать подобные решения) и/или участия в процессе рассмотрения в рамках части D от лица бенефициара (если он назначил исполнительного директора или директора DDSOO участвовать в процессе):

Полномочный представитель(-и)

Имя и фамилия

Подпись

Имя и фамилия

Подпись

Имя и фамилия

Подпись