



纽约州发育障碍人士事务办公室  
**Medicare D 部分**  
**受益人委任表**

本表将由合格的 Medicare 受益人使用，用于接受 OPWDD 或 OPWDD 提供商的服务。通过此表获得委任的人士有权将受益人登记加入 Medicare 处方药计划以及变更处方药计划和/或为受益人执行 D 部分审查流程。执行 D 部分审查流程是指完成以下任意事务：投诉；将投诉提交给质量改进组织；请求和获得给付决定（包括破例请求和加快程序的请求）；提请申诉并执行申诉流程中的任何部分。

**说明：**

1. 请填写本表第 1 页中的所有空白部分。请确保在底部签名并注明日期。
2. 勾选对委任类型描述适当的选项框。
3. 保留原件。

**请以正楷填写**

受益人姓名

街道地址

城市

州

邮编

通过此表获得委任的人士有权：（勾选所有适用选项）

- 自行登记加入 Medicare D 部分处方药计划并为自己变更计划。
- 替自己执行 D 部分的审查流程。

**我作为受益人，可从 OPWDD 或由 OPWDD 认证、授权或提供资金支持的私营机构获得服务，并且（请从以下选项框中选择任意一项）**

我委任\_\_\_\_\_，住址为\_\_\_\_\_。

我委任\_\_\_\_\_的执行董事，其作为一家由 OPWDD 认证、授权或提供资金支持的机构。我了解，执行董事可委任指定人代其行事。

我委任发育障碍人士州运营办公室 (DDSOO) 董事\_\_\_\_\_，\_\_\_\_\_。我了解，DDSOO 董事可委任指定人代其行事。

本委任可取代我之前所作的任何委任。

签名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

**执行董事或 DDSOO 董事的签名**

本页面可用于记录指定人的委任，该指定人在适当的情况下可以代表执行董事或 DDSOO 董事。

姓名和签名出现在下方的人士表明执行董事或 DDSOO 董事已指定其为受益人作出登记决定（如果受益人已委任执行董事或 DDSOO 董事作出这些决定），并且/或者为受益人执行 D 部分审查流程（如果受益人已委任执行董事或 DDSOO 董事代其执行）：

指定人

姓名 \_\_\_\_\_ 签名 \_\_\_\_\_

姓名 \_\_\_\_\_ 签名 \_\_\_\_\_

姓名 \_\_\_\_\_ 签名 \_\_\_\_\_