



紐約州發育障礙人士辦公室  
(NYS Office for People with Developmental Disabilities)  
**醫療保險 (Medicare) D 部份**  
**監護人委任表**

此表由接受 OPWDD 或 OPWDD 提供者服務的醫療保險受益人監護人使用。此表所委任的人士有權為受益人申請醫療保險處方藥計劃，且有權變更處方藥計劃及 / 或為受益人在醫療保險 D 部份之審閱流程中採取行動。在醫療保險 D 部份之審閱流程中採取行動是指採取以下任何措施：提起申訴；向質素改善組織提出投訴；要求並獲得承保範圍確定（包括例外要求與要求實施快速程序）；提起並要求上訴和處理上訴流程之任何部份。

**說明：**

1. 請填寫此表格第 1 頁中的所有欄位。請確保在表格末端簽署姓名及日期。
2. 勾選與委任類型描述有關的適用選項。
3. 保留原件。

**請用正楷書寫**

監護人姓名

街道地址

城市

州

郵遞區號

此表委任之人士有權：（勾選所有適用選項）

- 為受益人申請醫療保險 D 部份之處方藥計劃，且有權為受益人變更此計劃。
- 在醫療保險 D 部份之審閱流程中採取行動。

本人是 \_\_\_\_\_ 的監護人，此人是接受 OPWDD 服務或由 OPWDD 認證、授權或贊助的私人代理機構所提供的服務的受益人，（請選擇以下選項之一）：

本人委任 \_\_\_\_\_, 住址為 \_\_\_\_\_

本人委任 \_\_\_\_\_ 執行董事，由 OPWDD 認證、授權或贊助的代理人。本人明白該位執行董事可指定一名代理人代表其執行任務。

本人委任 \_\_\_\_\_ 州發育殘障執行辦公室 (DDS00) 主管。本人明白 DDS00 主管可指定一名代理人代表其執行任務。

此委任取代本人已經做出的任何先前委任。

簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

請參閱下頁中的執行董事或 DDS00 主管指定

**執行董事或 DDSOO 主管指定**

此頁可用於記錄在適當時指定一名代理人代表執行董事或 DDSOO 主管執行任務。

在下文出現的姓名及簽名可證實執行董事或 DDSOO 主管已指定其為受益人做出登記決定（如果受益人已委任執行董事或 DDSOO 主管做出這些決定），以及 / 或者為受益人在醫療保險 D 部份之審閱流程中採取行動（如果受益人已委任執行董事或 DDSOO 主管執行）：

被指定人

姓名

簽名

姓名

簽名

姓名

簽名