



뉴욕주 발달 장애 사무소 Medicare 파트 D 지명 양식

본 양식은 미성년자의 보호자나 부모가 아닌 사람이 사용하는 양식이며 OPWDD에 의해 인증되거나 운영되는 거주지에 살고 있지 않은 Medicare 수혜자만을 위한 양식입니다. 본 양식에서 지명된 사람은 14 NYCRR 섹션 635-11.3(d)에 따라 수혜자를 대신해 Medicare 처방약 플랜에 수혜자를 등록하고, 처방약 플랜을 변경하며, 그리고/또는 파트 D 검토 절차를 수행할 권한을 가지게 됩니다. 파트 D 검토 절차를 수행한다는 것은 불만 제기, 품질 개선 기관에 민원 제출, 보장 결정 요구 및 획득(예외 요청 및 절차 신속 처리 요청 포함), 이의를 제기 및 요청하고 이의 제기 절차 처리 등의 일체 행위를 수행한다는 의미입니다.

안내 사항:

1. 본 양식의 1 페이지에 있는 빈칸을 모두 작성하십시오. 마지막에 반드시 서명하고 일자를 기입하십시오.
2. 지명 유형을 설명한 내용 중 해당하는 상자에란에 체크하십시오.
3. 원본은 보관하십시오.

인쇄체로 기입하십시오.

성명 _____

거리 주소 _____

도시 _____

주 _____

우편번호 _____

수혜자와의 관계:

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 배우자 | <input type="checkbox"/> 성인 가족(정확한 관계 기재 _____) |
| <input type="checkbox"/> 부모 | <input type="checkbox"/> 성인 친구 |
| <input type="checkbox"/> 성인 자녀 | <input type="checkbox"/> 변호사 |
| <input type="checkbox"/> 성인 형제 자매 | <input type="checkbox"/> 연락 담당자 |

본 양식에서 지명된 사람은 아래 권한을 갖습니다. (해당하는 내용 모두 체크)

- 수혜자를 대신해 Medicare 파트 D 처방약 플랜에 등록하고 플랜을 변경합니다.
- 수혜자를 대신해 파트 D 검토 절차를 수행합니다.

본인은 _____ 의 자격으로 OPWDD 또는 OPWDD에 의해 인증, 승인 또는 재정 지원을 받는 민간 기관으로부터 비거주 서비스를 받는 수혜자 _____ 을/를 대리합니다. 그리고(아래 상자 중 하나를 선택하십시오.)

- 본인은 _____ 을/를 지명하고 피지명자의 주소는 _____ 입니다.
- 본인은 OPWDD에 의해 인증, 승인 또는 재정 지원을 받는 기관인 _____ 의 간부 이사를 지명합니다. 본인은 간부 이사가 자신을 대신해 행위할 피지명인을 지명할 수 있음을 이해합니다.
- 본인은 발달 장애 주 운영 사무소(DDSOO) 국장 _____, _____ 을/를 지명합니다. 본인은 DDSOO 국장이 자신을 대신해 행위할 피지명인을 지명할 수 있음을 이해합니다.

본 지명은 본인이 이전에 행한 일체의 지명을 대체합니다.

서명 _____ 일자 _____

다음 페이지에 간부 이사 또는 DDSOO 국장의 지명이 나와 있습니다.

간부 이사 또는 DDSOO 국장의 지명

본 페이지는 간부 이사 또는 DDSOO 국장을 대신하여 행위할 피지명인의 지명을 기록하는 데 사용할 수 있습니다.

아래 성명과 서명이 있는 사람은 간부 이사 또는 DDSOO 국장이 수혜자를 대신해 등록 결정을 내리도록(수혜자가 간부 이사 또는 DDSOO 국장을 이러한 결정을 하도록 지명한 경우), 그리고/또는 파트 D 검토 절차를 수행하도록(수혜자가 간부 이사 또는 DDSOO 국장이 그렇게 하도록 지명한 경우) 자신을 지명했음을 확인합니다.

피지명인

성명

서명

성명

서명

성명

서명