



纽约州发育障碍人士事务办公室

Medicare D 部分

委任表

本表由未成年人的监护人或父母以外的人士使用，仅适用于住所不在 OPWDD 认证或支持的范围内的 Medicare 受益人。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/或遵照纽约州法律、法规和规章 14 第 635-11.3(d) 条 (14 NYCRR Section 635-11.3(d)) 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

姓名

街道地址

城市

州

邮编

与受益人的关系：

- | | |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 配偶 | <input type="checkbox"/> 成年家庭成员（请说明关系_____） |
| <input type="checkbox"/> 父母 | <input type="checkbox"/> 成年朋友 |
| <input type="checkbox"/> 成年子女 | <input type="checkbox"/> 辅导员 |
| <input type="checkbox"/> 成年的兄弟姐妹 | <input type="checkbox"/> 联系人 |

通过此表获得委任的人士有权：（勾选所有适用选项）

- 将受益人登记加入 Medicare D 部分处方药计划以及为受益人变更计划。
- 替受益人执行 D 部分的审查流程。

我是_____的_____，其为受益人，可从 OPWDD 或由 OPWDD 认证、授权或提供资金支持的私营机构获得非居住服务，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_____，_____ DDSOO。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 董事的签名请参见下页

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