



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

**Заявление о полномочиях
Для бенефициара, который НЕ проживает в учреждении,
сертифицированном или управляемом OPWDD**

Данная форма предназначена для использования взрослым членом семьи, взрослым другом, взрослым представителем или взрослым партнером по переписке бенефициара Medicare, не проживающего в учреждении, сертифицированном или управляемом OPWDD. В форме указываются полномочия человека, который будет принимать решения в отношении льгот Medicare по оплате рецептурных препаратов вместо бенефициара, а также основания для таких полномочий.

Указания:

1. Заполните все поля данной формы. (Примечание. Если вы регистрируете бенефициара в плане, не указывайте номер бенефициара в плане.)
2. Сделайте отметки в соответствующих полях.
3. Напишите имя и фамилию печатными буквами и поставьте дату в нижней части страницы.
4. Сохраните оригинал.

Имя и фамилия бенефициара	Дата рождения	Номер Medicare
Наименование плана лекарственного обеспечения	Номер плана бенефициара	

Указанный бенефициар старше 18 лет. Указанное лицо не имеет опекуна и не имеет возможности принимать решения относительно (отметьте все подходящие варианты):

- Регистрации бенефициара в плане лекарственного обеспечения Medicare.
- Участия в процедуре рассмотрения в рамках части D. Сюда входят подача претензий; подача жалоб, запрос и получение решений в отношении предоставления страхового покрытия (включая запросы об исключении из правил и запросы о проведении ускоренных процедур); подача апелляций и требования рассмотрения апелляций, а также участие в апелляционной процедуре на любом этапе.

Кем приходится бенефициару. Выберите **один** из следующих вариантов:

- Супруг(а)
- Родитель
- Совершеннолетний ребенок
- Взрослый брат (сестра)
- Взрослый член семьи
- Взрослый друг, представитель или партнер по переписке

В соответствии с подразделом 635-11 главы 14 Свода правил и постановлений штата Нью-Йорк (NYCRR) я имею полномочия принимать решения о регистрации и/или участвовать в процедуре рассмотрения в рамках части D, если бенефициар не имеет такой возможности.

Имя и фамилия _____ Дата _____

Подпись _____

Номер телефона _____