



**뉴욕주 발달 장애 사무소**  
**Medicare 파트 D**  
**권한 진술**  
**OPWDD 에 의해 증명 또는 운영되는**  
**거주지에 살지 않는 수혜자용**

본 양식은 발달 장애 사무소 (OPWDD) 에 의해 인증 또는 운영되는 거주지에 살고 있지 않은 Medicare 수혜자의 성인 가족, 성인 친구, 성인 변호사 또는 성인 연락 담당자가 사용하는 양식입니다. 본 양식은 해당 개인이 수혜자의 Medicare 처방약 혜택에 관한 결정을 내릴 권한 및 해당 권한의 근거를 명시하고 있습니다.

**안내 사항:**

1. 본 양식에 있는 빈칸을 모두 작성하십시오. (참고: 수혜자를 플랜에 등록하는 경우에는 수혜자 ID 번호를 기재하지 마십시오.)
2. 해당란에 체크하십시오.
3. 마지막에 성명을 인쇄체로 기입하고 서명한 후 일자를 기입하십시오.
4. 원본은 보관하십시오.

수혜자 성명	생년월일	Medicare 번호

처방약 플랜 이름	수혜자의 플랜 ID 번호

상기에 성명이 기재된 수혜자는 18 세가 넘었습니다. 이 사람은 보호자가 없으며 아래 결정을 내릴 능력이 없다고 판정되었습니다(해당하는 내용 모두 표시).

- Medicare 처방약 플랜 가입.
- Medicare 파트 D 검토 절차 수행. 여기에는 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 행위가 포함됩니다.

수혜자와의 관계. 다음 중 하나 에 체크하십시오.

- 배우자
- 부모
- 성인 자녀
- 성인 형제자매
- 성인 가족
- 성인 친구, 변호사 또는 연락 담당자

14 NYCRR 635-11 에 따라, 본인은 수혜자가 등록 결정 및 Medicare 파트 D 검토 절차를 수행할 능력이 부족할 경우, 수혜자를 대신해 이를 수행할 권한을 부여받았습니다.

성명 \_\_\_\_\_ 일자 \_\_\_\_\_

서명 \_\_\_\_\_

전화번호 \_\_\_\_\_