



纽约州发育障碍人士事务办公室
Medicare D 部分
针对 Medicaid 服务协调机构的
权限声明

本表格由发育障碍人士州运营办公室 (DDSOO) 或为 Medicare 受益人提供 Medicaid 服务协调 (一项 OPWDD 服务) 的机构使用。它声明了提供商就 Medicare 处方药福利为受益人作决定时享有的权限以及此权限的依据。

说明:

1. 请填写本表中的所有空白部分。(注:如果您正在将受益人登记加入一项计划,您不得填写受益人计划 ID 号。)
2. 勾选适当的选项框。
3. 请以正楷填写姓名并在适当的地方签写。
4. 保留原件。

DDSOO 或机构的名称 _____

受益人的姓名	出生日期	Medicare 号

处方药计划的名称	受益人的计划 ID 号

上述受益人已年满 18 周岁,并且正在接收上述机构或 DDSOO 的 Medicaid 服务协调。此人没有监护人,也没有亲近的配偶、父母、成年子女、成年兄弟姐妹、成年家庭成员、成年朋友、成年辅导员或成年联系人,并且认定此受益人无能力就以下事项作出决定(勾选所有适用选项):

- 登记加入 Medicare 处方药计划。
- 执行 Medicare D 部分审查流程。包括投诉;提交投诉,请求和获取给付决定(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。

请勾选以下与您身份相符的一项并在适当的地方签名:

- 我是机构的执行董事或 DDSOO 董事。根据纽约州法律、法规和规章 14 第 635-11 条 (14 NYCRR Subpart 635-11),我得到授权,可在受益人无能力作登记决定和/或执行 Medicare D 部分审查流程时,代替其处理相关事宜。

执行董事或 DDSOO 董事的姓名 _____

签名 _____

- 机构的执行董事或 DDSOO 董事已指定我/我们代替受益人为其登记 Medicare 处方药计划和/或执行 Medicare D 部分审查流程。根据纽约州法律、法规和规章 14 第 633-11 条 (14 NYCRR Subpart 633-11),我/我们得到授权,可在受益人无能力作登记决定和/或执行 Medicare D 部分审查流程时,代替其处理相关事宜。

指定人姓名 _____ 签名 _____

指定人姓名 _____ 签名 _____

指定人姓名 _____ 签名 _____

机构/DDSOO 电话号码 _____ 日期 _____