



Office for People With Developmental Disabilities

Medicare, часть D. Заявление о полномочиях Предназначается для выгодоприобретателей, проживающих в жилье, сертифицированном OPWDD (Управлением по делам людей, имеющих пороки развития) или управляемом OPWDD

Данная форма предназначена для использования Управлением учреждений штата по работе с людьми, имеющими пороки развития (DDSOO) или организациями, предоставляющими услуги по уходу по месту проживания, сертифицированные OPWDD, для выгодоприобретателей по программе Medicare. В ней указываются полномочия поставщика услуг, касающиеся принятия решений относительно льгот Medicare в части обеспечения лекарственными препаратами, отпускаемыми по рецепту, для выгодоприобретателей и основания для таких полномочий. **При необходимости обратиться к плану части D программы Medicare по поводу одного выгодоприобретателя следует пользоваться формой OPWDD Medicare-5.**

Инструкции

1. Заполните данную форму и приложите к ней перечень уполномоченных представителей и выгодоприобретателей, от имени которых могут действовать указанные уполномоченные представители. Директор DDSOO не может назначить своим уполномоченным представителем лицо, не являющееся сотрудником DDSOO, а директор организации, предоставляющей услуги по уходу по месту жительства, сертифицированные OPWDD, не может назначить своим уполномоченным представителем лицо, не являющееся сотрудником такой организации.
2. Если форму планируется предоставить для конкретного плана, укажите название плана обеспечения рецептурными лекарственными препаратами и идентификационный номер этого плана. В прилагаемый список выгодоприобретателей могут включаться только лица, уже зарегистрированные в качестве участников плана либо проходящие процесс регистрации. (**Примечание.** Не предоставляйте данные, идентифицирующие личность выгодоприобретателей, которые не зарегистрированы или не будут зарегистрированы в качестве участников плана.)
3. Отметьте соответствующие пункты.
4. Напишите имя и фамилию печатными буквами и распишитесь в соответствующих местах.
5. Оригинал документа должен остаться у вас.

Название DDSOO или организации _____

Название плана обеспечения рецептурными _____

Идентификационный номер плана _____

Выгодоприобретатели, указанные в прилагаемом перечне, старше 18 лет и получают услуги по уходу по месту жительства от организации или DDSO, указанных выше. Никто из данных выгодоприобретателей не имеет опекуна, и у всех из них было установлено отсутствие способности принимать решения, касающиеся (отметьте все подходящие пункты):

- регистрации в качестве участника плана обеспечения рецептурными лекарственными препаратами Medicare, часть D;
- участия в процессе пересмотра Medicare, часть D. Это включает регистрацию жалоб, направление претензий, запрос и получение решений относительно страхового покрытия (в том числе заявления о предоставлении исключения и заявления о проведении ускоренной процедуры), регистрацию и подачу апелляции и участие в любом этапе процесса обжалования.

Засвидетельствуйте подписью ниже:

Я являюсь исполнительным директором организации или директором DDSOO. Согласно подпункту 635-11 раздела 14 NYCRR (Свода кодексов, правил и законодательных актов штата Нью-Йорк), я являюсь лицом, уполномоченным принимать решения, касающиеся регистрации выгодоприобретателей, и/или принимать участие в процессе рассмотрения Medicare, части D, в случае неспособности выгодоприобретателей выполнять вышеперечисленные действия самостоятельно. В соответствии с подпунктом 633-11 раздела 14 NYCRR, я уполномочиваю моих сотрудников, чьи имена и фамилии указаны в прилагаемом перечне, действовать в качестве моих представителей, уполномоченных принимать решения и/или принимать участие в процессе рассмотрения Medicare, части D в случае неспособности выгодоприобретателей выполнять вышеуказанные действия самостоятельно.

Имя и фамилия исполнительного директора или директора DDSOO _____

Подпись _____

Адрес организации/DDSОО _____

Номер телефона организации/DDSОО _____ Дата _____