



Office for People With Developmental Disabilities

联邦医疗保险 D 部分 (Medicare Part D) 权利声明 服务于居住在“发育障碍人士办公室” (OPWDD) 认证或运行住宅中的人士

本表格供州发育残障执行办公室 (DDSOO) 或向联邦医疗保险受益人提供 OPWDD 认证的居住服务之机构使用。本表格声明了这些服务提供方在做与受益人联邦医疗保险处方药福利有关决定时的权威性、以及该权威性的基础。如果需要为一位受益人联系联邦医疗保险 D 部分计划，应该使用 **OPWDD Medicare-5** 表格。

说明：

1. 请完成本表格，并附上名单列明被委派的代理人和受益人，被委派的代理人可以代表何人采取行动。DDSOO 的主管不能委派非 DDSOO 工作人员代表他或她采取行动；提供 OPWDD 认证的居住服务之机构主管不能委派非其机构的工作人员代表他或她采取行动。
2. 如果本表用于某一具体计划，请输入处方药计划的名称和计划识别号码。只有目前已注册加入该计划的或将要注册加入的受益人才能列在受益人附表之中。（注：不要提供没有注册加入该计划的受益人的个人身份信息。）
3. 勾选合适的方框。
4. 在合适的地方写下印刷体姓名和签字。
5. 保留原件。

DDSOO 或机构的名称

处方药计划的名称

计划识别号码

附表中的受益人年龄大于 18 岁，正在从上述机构或 DDSOO 获取居住服务。这些受益人没有监护人，并且已被认定缺乏做出以下方面决定的能力（勾选所有符合的情况）：

- 在联邦医疗保险 D 部分处方药计划注册
- 在联邦医疗保险 D 部分的审核过程中采取行动，这包括提交申诉、投诉，要求、获取覆盖决定（包括例外请求、快速程序请求），提交、要求上诉，处理上诉过程。

请在下方签字：

本人为该机构的执行主管或 DDSOO 主管。根据 14 NYCRR Subpart 635-11，本人被授权为这些受益人做注册决定，和/或如果这些受益人缺乏此方面的能力，也可在联邦医疗保险 D 部分的审核过程中采取行动。根据 14 NYCRR Subpart 633-11，我授权附表名单中的员工作为我的受委托人做注册决定，和/或如果这些受益人缺乏此方面的能力，也可在联邦医疗保险 D 部分的审核过程中采取行动。

机构执行主管或 DDSOO 主管的姓名 _____

签字 _____

机构或 DDSOO 地址 _____

机构或 DDSOO 电话 _____ 日期 _____