



纽约州发育障碍人士事务办公室
Medicare D 部分
针对不居住在 OPWDD 认证或运营
设施内的受益人的权限声明

本表由 Medicare 受益人的成年家庭成员、成年朋友、成年辅导员或成年联系人使用，且此受益人的住所不在发育障碍人士服务办事处 (OPWDD) 认证或运营的设施内。它声明了以上人士就 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. 请在底部以正楷填写姓名并签写和注明日期。
4. 保留原件。

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。此人没有监护人，并认定其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。

与受益人的关系。请勾选适用的一项：

- 配偶
- 父母
- 成年子女
- 成年兄弟姐妹
- 成年家庭成员
- 成年朋友、辅导员或联系人

根据纽约州法律、法规和规章 14 第 635-11 条 (14 NYCRR 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。

姓名 _____ 日期 _____

签名 _____

电话号码 _____