



**뉴욕주 발달 장애 사무소**  
**Medicare 파트 D**  
**권한 진술**  
**Medicaid 서비스 조정 기관용**

본 양식은 발달 장애 주 운영 사무소(DDSOO) 또는 Medicare 수혜자에게 Medicaid 서비스 조정(OPWDD 서비스의 일종)을 제공하는 기관이 사용하는 양식입니다. 본 양식은 해당 제공업체가 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. 해당하는 상자에란에 체크하십시오.
3. 해당되는 곳에 이름을 인쇄체로 기입하고 서명하십시오.
4. 원본은 보관하십시오.

DDSOO 또는 기관 이름 \_\_\_\_\_

수혜자 성명	생년월일	Medicare 번호
처방약 플랜 이름	수혜자의 플랜 ID 번호	

상기에 성명이 기재된 수혜자는 18세가 넘었으며 상기에 이름이 기재된 해당 기관 또는 DDSOO의 Medicaid 서비스 조정을 받고 있습니다. 이 사람은 보호자 또는 도움을 줄 수 있고 이러한 의사가 있는 배우자, 부모, 성인 자녀, 성인 형제자매, 성인 가족, 성인 친구, 성인 변호사 또는 성인 연락 담당자가 없으며, 아래 결정을 내릴 능력이 부족하다고 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.

다음 중 하나에 체크하고 해당되는 곳에 서명하십시오.

- 본인은 해당 기관의 간부 이사 또는 DDSOO 국장입니다. 14 NYCRR Subpart 635-11 에 따라, 본인은 수혜자가 등록 결정 및 Medicare 파트 D 검토 절차를 수행할 능력이 부족할 경우, 수혜자를 대신해 이를 수행할 권한을 부여받았습니다.

간부 이사 또는 DDSOO 국장의 성명 \_\_\_\_\_

서명 \_\_\_\_\_

- 해당 기관의 간부 이사 또는 DDSOO 국장이 수혜자를 대신해 Medicare 처방약 플랜에 등록하고, 그리고/또는 Medicare 파트 D 검토 절차를 수행하도록 본인을 지명했습니다. 14 NYCRR Subpart 635-11 에 따라, 본인은 수혜자가 등록 결정 및 Medicare 파트 D 검토 절차를 수행할 능력이 부족할 경우, 수혜자를 대신해 이를 수행할 권한을 부여받았습니다.

피지명인 성명 \_\_\_\_\_ 서명 \_\_\_\_\_

피지명인 성명 \_\_\_\_\_ 서명 \_\_\_\_\_

피지명인 성명 \_\_\_\_\_ 서명 \_\_\_\_\_

기관/DDSOO 전화번호 \_\_\_\_\_ 일자 \_\_\_\_\_