



**Управление по делам людей с инвалидностью вследствие пороков развития (OPWDD) штата Нью-Йорк
Medicare Part D
Заявление о полномочиях
для организации по координации услуг Medicaid**

Данный бланк предназначен для использования Операционным офисом штата по обслуживанию лиц с расстройствами развития (DDSOO) или организацией, предоставляющей обслуживание в рамках координации услуг Medicaid (услуга OPWDD) получателю услуг по программе Medicaid. В данном бланке определяются полномочия, предоставленные поставщику услуг для принятия решений в отношении страхования стоимости отпускаемых по рецепту лекарств от имени получателя услуг, и основание для таких полномочий.

Инструкции:

1. Заполните все поля данного бланка. (Примечание. Если вы включаете получателя услуг в план страхования, вы не должны указывать идентификационный номер плана получателя услуг.)
2. Отметьте все соответствующие поля.
3. Впишите имя печатными буквами и поставьте подпись везде, где это необходимо.
4. Сохраните у себя оригинал.

Наименование DDSOO или организации _____

Имя получателя услуг	Дата рождения	Номер Medicare

Наименование плана страхования стоимости отпускаемых по рецепту лекарств	Идентификационный номер плана получателя услуг

Указанный выше получатель услуг старше 18 лет и получает обслуживание в рамках координации услуг по программе Medicaid от организации или DDSOO, указанных выше. Данное лицо не имеет опекуна или обладающих соответствующими намерениями и возможностями супруга (супруги), родителя, совершеннолетнего ребенка, совершеннолетнего(-ую) брата или сестры, совершеннолетнего члена семьи, совершеннолетнего друга, совершеннолетнего представителя интересов или совершеннолетнего контактного лица, и признано недееспособным для принятия решений в отношении следующих вопросов (отметьте все нужные варианты):

- Регистрация в плане страхования стоимости отпускаемых по рецепту лекарств Medicare.
- Совершение действий в процессе пересмотра плана Medicare Plan D. Такие действия включают: подачу жалоб, подачу претензий в организацию по улучшению качества, запрос и получение решения о страховом покрытии (включая ходатайства об исключении и ходатайства об ускорении процедур рассмотрения), подачу просьб и апелляций, а также участие в любом этапе процедуры апелляции.

Отметьте **один вариант** из указанного ниже перечня и проставьте свою подпись везде, где это необходимо:

- Я являюсь исполнительным директором организации или директором DDSOO. В соответствии с пунктом 635-11 раздела 14 NYCRR я наделен(-а) полномочиями по принятию решений в отношении включения в план страхования от имени получателя услуг и (или) совершению действий в процессе пересмотра плана Medicare Part D, если получатель услуг не обладает надлежащей дееспособностью для совершения таких действий.

Имя исполнительного директора или директора DDSOO _____

Подпись _____

- Исполнительный директор организации или директор DDSOO назначил меня (нас) для принятия решений в отношении включения получателя услуг в план страхования стоимости отпускаемых по рецепту лекарств и (или) совершения действий в процессе пересмотра Medicare Part D от имени получателя услуг. В соответствии с пунктом 633-11 раздела 14 NYCRR я (мы) наделен(-ы) полномочиями по принятию решений в отношении включения в план страхования от имени получателя услуг и (или) совершению действий в процессе пересмотра плана Medicare Part D, если получатель услуг не обладает надлежащей дееспособностью для совершения таких действий.

Имя уполномоченного представителя _____ Подпись _____

Имя уполномоченного представителя _____ Подпись _____

Имя уполномоченного представителя _____ Подпись _____

Телефон организации/DDSOO _____ Дата _____