

授權代表 指定表



0000000000CF

New York Medicaid Choice

填寫此表來指定某人作為您在 New York Medicaid Choice
事宜上的授權代表。

授權代表的指定 (請打印)

申請人或參保者的姓名 (姓氏、名字)

Medicaid ID _____ SSN _____

郵寄地址：_____

城市 _____ 州 _____ 郵編 _____

出生日期 (MM/DD/YYYY) _____

電話號碼 _____ 座機 手機

通過簽署此表，即表明我確認在給予此授權時，該人員將接收關於我的賬戶的官方資訊並且在必要時代表我處於與我的賬戶相關的所有事項。New York Medicaid Choice 收到此填妥的表格時，則授權將生效並且將持續保持效力，直至我或我的授權代表告知 New York Medicaid Choice，此次授權已終止。

我希望 New York Medicaid Choice 的來信郵寄至：

僅限於我 我和我的授權代表 僅限於我的授權代表

申請人或參保者的簽名

_____ 日期 (MM/DD/YYYY) _____

接受作為授權代表的指定 (請打印)

授權代表的姓名 (姓氏、姓名)

郵寄地址：_____

城市 _____ 州 _____ 郵編 _____

電話號碼 _____ 座機 手機

授權代表書面材料的語言偏好：

英語 西班牙語 中文 俄語 海地克里奧爾語 韓語 意大利語 孟加拉語

通過簽名，即表明我同意對 New York Medicaid Choice 提供的關於申請人或參保者的任何信息保密。我同意履行本授權範圍內的所有責任，就如同我是申請人或參保者本人一樣。我還同意遵守關於利益衝突的適用州和聯邦法律之要求。

如果我代表機構簽名，我確定我會遵守關於利益衝突和資訊保密的適用州和聯邦法律。

授權代表的簽名

_____ 日期 (MM/DD/YYYY) _____

是否需要此表相關的幫助？致電 New York Medicaid Choice，電話號碼是 1-800-505-5678
(TTY 1-888-329-1541)

關於此表

您可以允許一位您信任的朋友、親戚、伴侶或律師來與我們討論您的 New York Medicaid Choice 事宜，並且代表您處理與您的個案有關的事項。這位人士叫做「授權代表」。

授權代表可以：

接受通知和其他通訊副本；以及
代表您處理所有與 New York Medicaid Choice 相關的事項。

如果下列情形適用於您，您應該填寫這份「**授權代表指定表**」：

您希望首次指定某人為您的授權代表；或
您想更換您之前指定的授權代表。

如果您已有一份根據 New York State 法律授權某人代表您行事的法律文件，New York Medicaid Choice 可以接受那份文件的副本，用以代替這份「**授權代表指定表**」。您可以根據下面說明的方式將此文件郵寄或傳真給我們。在這種情形下，接受的文件包括確立監護權的法院命令或授權書 (Power of Attorney) 等。

授權期限

此授權純屬自願。您指定的個人將永久保持您的授權代表身份，除非您撤銷您的授權。您可以隨時通過給以下地址寫信或致電 **1-800-505-5678** 來撤銷您的授權。

如何提交

填寫「**授權代表指定表**」並簽名，之後通過傳真 (917) 228-8601 或郵寄（地址：New York Medicaid Choice, PO Box 5009, New York, NY 10274）將其提交給我們。