

**FÒM POU DEZIYASYON
YON REPREZANTAN OTORIZE**

New York Medicaid Choice



0000000000CF

Ranpli fòm sa a pou nonmen yon moun kòm Repezantan Otorize w bò kote

New York Medicaid Choice

DEZIYASYON YON REPREZANTAN OTORIZE *(tanpri ekri ak lèt detache)*

Non Aplikan an oswa Non Moun ki Enskri a (Siyati, Prenon)

Nimewo ID Medicaid _____ NSS _____

Adrès Postal _____

Vil _____ Eta _____ Kòd Postal _____

Dat Nesans (JJ/MM/AAAA) _____

Nimewo Telefòn _____ Liy Fiks Mobil

Nan siyen, mwen rekonèt ke nan bay otorizasyon sa a, moun sa a pral resevwa enfòmasyon ofisyèl konsènan kont mwen an epi pral aji nan non mwen jan sa nesesè pou tout kesyon ki gen rapò ak kont mwen an. Otorizasyon an pral antre anvigè lè New York Medicaid Choice resevwa fòm ranpli sa a, epi li pral rete anvigè jiskaske mwen menm oswa repezantan otorize m nan enfòm New York Medicaid Choice ke otorizasyon an fini.

Mwen ta renmen pou kourye mwen ki soti nan New York Medicaid Choice voye bay:

Mwen menm sèlman Mwen menm ak Repezantan m nan Repezantan m nan sèlman

Siyati Aplikan an oswa Moun ki enskri a

_____ Dat (JJ/MM/AAAA) _____

AKSEPTASYON DEZIYASYON KÒM REPREZANTAN OTORIZE *(tanpri ekri ak lèt detache)*

Non Repezantan Otorize a (Siyati, Prenon)

Adrès Postal _____

Vil _____ Eta _____ Kòd Postal _____

Nimewo Telefòn _____ Liy Fiks Mobil

Langprefere repezantan an pou dokiman ekri:

Angle Panyòl Chinwa Ris Kreyòl Ayisyen Korean Italyen Bengali

Nan siyen, mwen dakò pou m kenbe konfidansyalite tout enfòmasyon konsènan aplikan an oswa moun ki enskri a ke New York Medicaid Choice bay. Mwen dakò pou m ranpli tout responsablite ki enkli nan kad otorizasyon sa a kòm si mwen se aplikan an oswa moun ki enskri a. Mwen dakò tou pou m respekte lwa etatik ak federal yo ki aplikab konsènan konfli enterè yo.

Si m ap siyen nan non yon òganizasyon, mwen afime ke mwen pral respekte lwa etatik ak federal ki aplikab konsènan konfli enterè ak konfidansyalite enfòmasyon yo.

Siyati Repezantan Otorize

_____ Dat (JJ/MM/AAAA) _____

Ou bezwen èd ak fòm sa a? Rele New York Medicaid Choice nan 1-800-505-5678

(TTY 1-888-329-1541)

APWOPO FÒM SA A

Ou ka ba yon zanmi, fanmi, patnè oswa yon avoka ou fè konfyans pèmisyon pou pale ak New York Medicaid Choice epi aji pou ou nan kesyon ki gen rapò ak kont ou an. Moun sa a rele yon "reprizantan otorize."

Yon reprizantan otorize kapab:

Resevwa kopi avi ak lòt kominikasyon; epi
Aji nan non w nan tout lòt kesyon ak New York Medicaid Choice.

Ou dwe ranpli **Fòm Deziyasyon Reprizantan Otorize** a si:

Ou ta renmen nonmen yon moun kòm reprizantan otorize w pou premye fwa; oswa
Ou ta renmen chanje reprizantan otorize ou te nonmen anvan an.

Si ou deja genyen yon dokiman legal ki otorize yon moun aji pou ou dapre lwa Eta New York la, New York Medicaid Choice ka aksepte yon kopi dokiman sa a nan plas Fòm Deziyasyon Reprizantan Otorize a. Ou ka voye ban nou dokiman pa lapòs oswa faks jan sa dekri anba a. Egzanp dokiman nou aksepte nan bi sa a se yon òdonans tribinal ki etabli gad legal oswa yon fòm pwokirasyon.

Dire Otorizasyon

Otorizasyon sa a antyèman volontè. Moun ou deziyen an pral rete reprizantan otorize w pou tout tan sof si ou retire otorizasyon w lan. Ou ka retire otorizasyon w lan nenpòt lè nan ekri New York Medicaid Choice nan adrès anba a oswa nan rele **1-800-505-5678**.

Fason pou Soumèt

Ranpli epi siyen Fòm Deziyasyon Reprizantan Otorize a epi soumèt li pa faks nan (917) 228-8601 oswa pa lapòs nan New York Medicaid Choice, PO Box 5009, New York, NY 10274.