

**위임 대리인  
지정 양식**



0000000000CF

**New York Medicaid Choice**

이 양식을 작성하여

**New York Medicaid Choice에 귀하의 위임 대리인을 지정하십시오.**

**위임 대리인 지정 (정자체로 작성)**

신청인 또는 가입자 성명(성, 이름)

Medicaid ID \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_

우편 주소 \_\_\_\_\_

시 \_\_\_\_\_ 주 \_\_\_\_\_ 우편 번호 \_\_\_\_\_

생년월일 (월/일/년) \_\_\_\_\_

전화번호 \_\_\_\_\_  유선전화  휴대폰

본인은 여기에 서명하여 위임함으로써 이 개인이 본인의 계정에 대한 공식 정보를 받게 되며, 본인의 계정과 관련된 모든 사항에 대해 필요한 경우 본인을 대신하여 조치를 취할 수 있음을 인정합니다. 이 위임은 New York Medicaid Choice가 작성 완료된 본 양식을 수령하는 즉시 효력이 발생하며, 본인 또는 본인이 지정한 위임 대리인이 이 위임이 종료되었음을 New York Medicaid Choice에 알릴 때까지 유효합니다.

New York Medicaid Choice로부터 받는 본인의 우편물이 다음 주소로 보내지기를 원합니다.

본인만  본인 및 본인의 대리인  본인의 대리인만

**신청인 또는 가입자의 서명**

\_\_\_\_\_ 날짜(월/일/년) \_\_\_\_\_

**위임 대리인 지정 수락 (정자체로 작성)**

위임 대리인 성명(성, 이름)

우편 주소 \_\_\_\_\_

시 \_\_\_\_\_ 주 \_\_\_\_\_ 우편 번호 \_\_\_\_\_

전화번호 \_\_\_\_\_  유선전화  휴대폰

대리인이 선호하는 서면 자료 언어:

영어  스페인어  중국어  러시아어  아이티 크레올어  한국어  이탈리아어  벵골어

본인은 여기에 서명함으로써 New York Medicaid Choice가 제공하는 신청인 또는 가입자에 대한 모든 정보를 기밀성 것에 동의합니다. 본인은 이 위임에 수반된 모든 책임을 본인이 신청인 또는 가입자인 것처럼 성실히 이행할 것에 동의합니다. 본인은 또한 이해 충돌과 관련된 해당 주 및 연방법을 준수할 것에 동의합니다.

본인이 조직을 대표하여 서명하는 경우, 본인은 이해 충돌 및 정보 기밀 유지와 관련된 해당 주 및 연방법을 준수할 것임을 약속합니다.

**위임 대리인 서명**

\_\_\_\_\_ 날짜(월/일/년) \_\_\_\_\_

**이 양식과 관련해 도움이 필요하신가요? Call New York Medicaid Choice에 1-800-505-5678**

**(TTY 1-888-329-1541)로 전화하십시오**

## 이 양식에 관해

---

귀하는 신뢰하는 친구, 친척, 배우자 또는 변호사에게 New York Medicaid Choice와 상담하고 귀하의 계정과 관련된 사항에 대해 귀하를 대신하여 행동할 수 있는 권한을 부여할 수 있습니다. 이 개인을 "위임 대리인"이라고 부릅니다.

위임 대리인은 다음을 수행할 수 있습니다.

통지서 및 기타 연락 사항의 사본을 받을 수 있으며,  
New York Medicaid Choice와 관련된 모든 다른 사항에 대해 귀하를 대리하여 행동할 수 있습니다.

다음과 같은 경우 **위임 대리인 지정 양식**을 작성해야 합니다.

처음으로 누군가를 귀하의 위임 대리인으로 지정하려는 경우 또는  
이전에 지정한 위임 대리인을 변경하려는 경우.

New York주법 따라 다른 개인이 귀하를 대리할 수 있도록 위임하는 법적 문서가 이미 있는 경우 New York Medicaid Choice는 위임 대리인 지정 양식 대신 해당 문서의 사본을 수락할 수 있습니다. 아래에 설명된 대로 해당 문서를 우편이나 팩스를 보내실 수 있습니다. 이러한 목적으로 수락되는 문서의 예로는 후견인을 설정하는 법원 명령 또는 위임장 양식이 있습니다.

### 위임 기간

이 위임은 전적으로 자발적입니다. 귀하가 지정한 개인은 귀하가 위임을 철회하지 않는 한 영구적으로 귀하의 위임 대리인으로 남게 됩니다. 귀하의 위임은 아래 주소로 서면 통지하거나 **1-800-505-5678**로 전화하여 언제든지 철회할 수 있습니다.

### 제출 방법

위임 대리인 지정 양식을 작성하고 서명한 후, 팩스 (917) 228-8601로 보내시거나 New York Medicaid Choice, PO Box 5009, New York, NY 10274로 우편으로 제출하십시오.