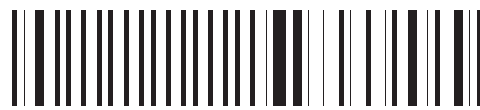


**ФОРМА НАЗНАЧЕНИЯ
УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ**
New York Medicaid Choice



0000000000CF

Заполните эту форму, чтобы назначить кого-либо Вашим Уполномоченным представителем по вопросам New York Medicaid Choice.

НАЗНАЧЕНИЕ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ *(пожалуйста, печатными буквами)*

Имя подателя заявления или зарегистрированного участника (имя, фамилия)

ID-номер Medicaid _____ SSN _____

Почтовый адрес _____

Город _____ Штат _____ Почтовый индекс _____

Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ) _____

Номер телефона _____ Стационарный Мобильный

Подписывая эту форму, я подтверждаю, что с предоставлением этого разрешения данное лицо будет получать официальную информацию о моем аккаунте и действовать от моего имени по мере необходимости по всем вопросам, связанным с моим аккаунтом. Разрешение вступит в силу после того, как New York Medicaid Choice получит эту заполненную форму, и будет оставаться в силе до тех пор, пока я или мой уполномоченный представитель не проинформирует New York Medicaid Choice о том, что срок действия разрешения истек.

Я хотел (-а) бы, чтобы моя почтовая корреспонденция от New York Medicaid Choice отправлялась:

Только мне Мне и моему Представителю Только моему Представителю

Подпись подателя заявления или зарегистрированного участника

_____ Дата (ММ/ДД/ГГГГ) _____

СОГЛАСИЕ НА НАЗНАЧЕНИЕ УПОЛНОМОЧЕННЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ *(пожалуйста, печатными буквами)*

Имя Уполномоченного представителя (имя, фамилия)

Почтовый адрес _____

Город _____ Штат _____ Почтовый индекс _____

Номер телефона _____ Стационарный Мобильный

Предпочтительный язык Представителя для письменных материалов:

Английский Испанский Китайский Русский Гаитянский креольский Корейский
 Итальянский Бенгальский

Подписывая эту форму, я соглашаюсь сохранять конфиденциальность любой информации, касающейся подателя заявления или зарегистрированного участника, которую предоставляет New York Medicaid Choice. Я соглашаюсь выполнять все обязанности, предусмотренные настоящим разрешением, как если бы я был (-а) подателем заявления или зарегистрированным участником. Я также соглашаюсь соблюдать применимые законы штата и федеральные законы, касающиеся конфликта интересов.

Если я подписываю эту форму от имени организации, я подтверждаю, что я буду соблюдать применимые законы штата и федеральные законы, касающиеся конфликта интересов и конфиденциальности информации.

Подпись Уполномоченного представителя

_____ Дата (ММ/ДД/ГГГГ) _____

**Нужна помощь с этой формой? Позвоните в New York Medicaid Choice по номеру
1-800-505-5678** (Для лиц с нарушениями слуха 1-888-329-1541)

ОБ ЭТОЙ ФОРМЕ

Вы можете дать доверенному другу, родственнику, партнеру или адвокату разрешение говорить с New York Medicaid Choice и действовать от Вашего имени по вопросам, связанным с Вашим аккаунтом. Это лицо называется «уполномоченным представителем».

Уполномоченный представитель может:

- Получать копии уведомлений и других сообщений; и
- Действовать от Вашего имени по всем другим вопросам с New York Medicaid Choice.

Вам следует заполнить **Форму назначения уполномоченного представителя**, если:

- Вы хотите назначить кого-либо Вашим уполномоченным представителем в первый раз; или
- Вы хотите изменить уполномоченного представителя, которого Вы назначили ранее.

Если у Вас уже есть юридический документ, уполномочивающий кого-либо действовать от Вашего имени в соответствии с Законом штата New York, New York Medicaid Choice может принять копию этого документа вместо Формы назначения уполномоченного представителя. Вы можете отправить этот документ по почте или по факсу, как описано ниже. Примерами документов, которые принимаются для этой цели, являются судебный приказ об установлении опекунов или форма доверенности.

Срок действия разрешения

Это разрешение является абсолютно добровольным. Назначенное Вами лицо останется вашим уполномоченным представителем на неограниченный срок, если Вы не отзовете Ваше разрешение. Ваше разрешение может быть отозвано в любое время, если Вы обратитесь в письменной форме в New York Medicaid Choice по указанному ниже адресу или позвоните по номеру **1-800-505-5678**.

Как подать форму

Заполните и подпишите Форму назначения уполномоченного представителя и отправьте ее по факсу по номеру: (917) 228-8601 или по почте по адресу: New York Medicaid Choice, PO Box 5009, New York, NY 10274.