

FÒM POU DEZIYEN REPREZANTAN KI OTORIZE

New York Medicaid Choice

1-800-505-5678 (Moun ki itilize TTY: 1-888-329-1541)



0000000000CF

Ranpli epi siyen fòm sa a pou nonmen yon moun kòm Reprèzantan Otorize w pou New York Medicaid Choice. Ou ka soumèt fòm lan ranpli pa faks nan (917) 228-8601 oswa pa lapòs bay New York Medicaid Choice, PO Box 5009, New York, NY 10274.

SEKSYON 1: MOUN K AP NOME REPREZANTAN AN. *Tanpri ekri an lèt detache.*

Non moun nan: (Prenon, Siyati) _____

ID Medicaid: _____ SSN: _____ - _____ - _____

Adrès: _____ Vil: _____

Eta: _____ Kòd postal: _____ Dat Nesans: _____ - _____ - _____

Nimewo _____ Nimewo _____

Telefòn: (_____) _____ - _____ Telefòn selilè: (_____) _____ - _____

SEKSYON 2: REPREZANTAN OTORIZE A. *Tanpri ekri an lèt detache.*

Non: _____

Adrès: _____

Vil: _____ Eta: _____ Kòd Postal: _____

Nimewo Telefòn: (_____) _____ - _____ Dat: ____ / ____ / _____

Representative's language preference for written materials:

English Spanish Chinese Russian Haitian Creole Korean Italian

Siyati Reprèzantan an: _____

* If the signature is of the legal representative, describe the authority to act in that capacity (e.g., guardianship, committee for an incompetent, power of attorney, health care proxy, etc.), in the space below, or if necessary, attach additional pages.

SEKSYON 3: SIYATI

■ Depi mwen siyen anba la a, sa vle di mwen bay New York Medicaid Choice pèmisyon pou pataje enfòmasyon, ki gen rapò ak desizyon enskripsyon oswa dezenskripsyon pou moun non li nan **Section 2** jan li tcheke anba la a:

Tanpri tcheke tout sa ki aplike. Medicaid Medicaid-Medicare Enfòmasyon/Sante Pwoteje

■ Mwen ta renmen pou yo voye lèt New York Medicaid Choice yo bay:

Sèlman mwen Mwen ak Reprèzantan Mwen Reprèzantan Mwen sèlman

■ Peryòd tan ou otorize pou pataje enfòmasyon yo:

Kòmanse: ____ / ____ / ____ pou fini: ____ / ____ / ____

■ Mwen konprann se paske mwen vle mwen bay otorizasyon sa a. Pou anile otorizasyon sa a nenpòt lè avan "Dat Pou Fini" ki note anwo la a, mwen kapab ekri New York Medicaid Choice oswa rele nan **1-800-505-5678** pou di yo sa. Lè yon moun anile yon konsantman li bay pou yon reprèzantan legal, n ap verifye sa.

Mwen konprann si moun mwen te otorize pou resevwa enfòmasyon yo pa yon plan sante oswa yon pwofesyonèl swen sante, enfòmasyon yo bay li yo kapab pa gen pwoteksyon règ konfidansyalite federal yo. Mwen konprann m ap itilize Fòm pou Deziyen Reprèzantan ki Otorize an pou chwa nan swen kowòdone tou.

Siyati Moun nan: _____ Dat: ____ / ____ / ____