

Medicaid Authorized Representative Designation/Change Request

신청자/수혜자

성명 _____

주소 _____

거리 _____ 아파트 호수 _____

시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

날짜 _____

케이스 번호 _____

전에 귀하를 대리할 권한을 위임 받은 법적 대리인을 제공하지 않았는데 만일 그렇게 하시기를 원한다면 당사자의 이름과 주소를 제공하십시오.

성명 _____

주소 _____

거리 _____ 아파트 호수 _____

시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

전화번호 (____) _____ - _____ 홈 직장 휴대전화 기타

전에 법적 대리인을 제공했는데 중단하거나 다른 새 대리인으로 바꾸기를 원하실 경우:

현 법적 대리인 취소

성명 _____

주소 _____

거리 _____ 아파트 호수 _____

시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

전화번호 (____) _____ - _____ 홈 직장 휴대전화 기타

새 법적 대리인 지정

성명 _____

주소 _____

거리 _____ 아파트 호수 _____

시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

전화번호 (____) _____ - _____ 홈 직장 휴대전화 기타

본인은 본인에게 지정된 법적 대리인이 본인의 개인 건강 정보를 이용할 수 있다고 이해합니다. 본인의 법적 대리인에게 다음 권한을 위임합니다(해당 항목 모두 선택).

- 본인을 대신해 Medicaid 를 신청 및/또는 갱신
- 필요할 경우 본인의 Medicaid 신청 또는 사례 논의
- 공지 및 서신 수신

이 지정 대리인은 본인이 바꾸거나 중단을 요청할 때까지 유효합니다.

신청자/수혜자 서명

날짜