

Medicaid Authorized Representative Designation/Change Request

申请人/领取人

姓名 _____

地址 _____

街道 _____

房号 _____

城市 _____

州 _____

邮编 _____

日期 _____

个案号码 _____

如果您之前尚未指定代表您的授权代表，而现在想要指定，请提供他/她的姓名和地址。

姓名 _____

地址 _____

街道 _____

房号 _____

城市 _____

州 _____

邮编 _____

电话号码 (____) _____ - _____ 住宅 办公 手机 其他

如果您之前曾指定授权代表，而现在想要终止其授权或更改为其他人士：

终止当前授权代表

姓名 _____

地址 _____

街道 _____

房号 _____

城市 _____

州 _____

邮编 _____

电话号码 (____) _____ - _____ 住宅 办公 手机 其他

指定新的授权代表

姓名 _____

地址 _____

街道 _____

房号 _____

城市 _____

州 _____

邮编 _____

电话号码 (____) _____ - _____ 住宅 办公 手机 其他

我明白，我指定的授权代表将有权查看我的个人健康信息。我希望我的授权代表（请勾选所有适用项）：

- 代我申请和/或续订 Medicaid
- 视需要讨论我的 Medicaid 申请事宜或个案
- 接收通知和信函

我明白，此项指定将在我对其更改或终止之前持续生效。

申请人/领取人签名 _____

日期 _____