

## НАЗНАЧЕНИЕ, СМЕНА ИЛИ ОТМЕНА УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ: ФИЗИЧЕСКОЕ ЛИЦО (APPOINT, CHANGE, OR REMOVE AN AUTHORIZED REPRESENTATIVE: PERSON)

Для назначения, смены или отмены уполномоченного представителя заполните и подайте форму «Назначение, смена или отмена уполномоченного представителя: физическое лицо» (Appoint, Change or Remove an Authorized Representative: Person form, F10126A).

Для назначения **организации** в качестве вашего уполномоченного представителя заполните и подайте форму [«Назначение, смена или отмена уполномоченного представителя: организация» \(Appoint, Change, or Remove and Authorized Representative: Organization form, F-10126B\)](#).

Если у Вас есть законный опекун наследственного имущества, опекун физического лица и наследственного имущества или попечитель, это лицо должно назначить для Вас уполномоченного представителя, если Вы хотите, чтобы кто-то, кроме него, был Вашим уполномоченным представителем. Если у Вас есть активированная долгосрочная финансовая доверенность, Вы или Ваше доверенное лицо можете назначить уполномоченного представителя.

Законный опекун лица может назначить Вам уполномоченного представителя только в том случае, если судебные документы о назначении законного опекуна лица предоставляют опекуну полномочия действовать от Вашего имени с учетом Вашего права и льгот в программах государственной помощи.

Доверенность на медицинское обслуживание не дает возможности действовать от Вашего имени по назначению уполномоченного представителя.

Информация, позволяющая установить личность, сохраняется конфиденциальной и используется только для непосредственного управления программами Wisconsin Medicaid, BadgerCare Plus, FoodShare, Family Planning Only Services, и Caretaker Supplement.

### Информация об уполномоченном представителе

Уполномоченный представитель – это лицо, знакомое с обстоятельствами Вашего домохозяйства и которому Вы доверяете действовать от Вашего имени. Любой человек может действовать в качестве Вашего уполномоченного представителя **за исключением** следующих случаев:

- Лица, дисквалифицированные за преднамеренное нарушение правил программы FoodShare, не могут действовать в качестве уполномоченного представителя в течение периода дисквалификации, кроме случая, когда никто другой не может действовать в качестве уполномоченного представителя.
- Поставщики еды для бездомных не могут действовать в качестве уполномоченного представителя для группы совместно питающихся бездомных (food unit). (Группа совместно питающихся бездомных (food unit) представляет собой одного или нескольких человек, которые совместно проживают и совместно покупают и готовят пищу.)
- Работники агентства, помогающие определить право на участие или льготы, не могут действовать в качестве уполномоченного представителя. При определенных обстоятельствах им может быть дано специальное письменное разрешение действовать в качестве уполномоченного представителя.
- Розничные торговцы, уполномоченные принимать оплату по программе FoodShare, не могут действовать в качестве уполномоченного представителя.

После назначения Ваш уполномоченный представитель может выполнять любое или все из следующих действий от вашего имени:

- Подавать заявление на получение или продление льгот.
- Сообщать об изменениях Вашей информации.
- Работать с вашим агентством по любым вопросам, связанным с Вашими льготами.
- Подавать жалобы и апелляции по поводу Вашего права на участие в программах, на которые Вы подаете заявление или в которых Вы зарегистрированы.

Вы также можете выбрать, чтобы Ваш уполномоченный представитель получал копии писем о Вашем праве на участие и льготах, получал Вашу карту ForwardHealth, работал с отделом обслуживания клиентов ForwardHealth и Вашей НМО (организация медицинского обслуживания) от Вашего имени, а также подавал жалобы и апелляции по поводу Ваших медицинских услуг (например, лечения и счетов).

Вы **не** обязаны иметь уполномоченного представителя, чтобы подать заявления на льготы или получить льготы.

Уполномоченный представитель, которого Вы назначаете в этой форме, может действовать от Вашего имени для **любой** из следующих программ: Wisconsin Medicaid, BadgerCare Plus, FoodShare, Family Planning Only Services, и/или Caretaker Supplement. Если Вы зарегистрированы в любой из этих программ **и** программе Wisconsin Works (W-2), Ваш уполномоченный представитель также может действовать от Вашего имени для программы W-2.

Уполномоченный представитель, которого Вы назначаете в этой форме, **не может** действовать от Вашего имени в программе Wisconsin Shares Child Care Subsidy. Если Вы подаете заявление на участие в программе Wisconsin Shares, Вам нужно подать заявление самостоятельно.

### Инструкции к форме

Если в этой форме отсутствует необходимая информация, включая любую из подписей, форма будет считаться неполной, и Ваш уполномоченный представитель **не сможет** действовать от Вашего имени.

**Раздел 1** — Вы должны заполнить раздел 1. Вы должны выбрать назначение, смену или отмену уполномоченного представителя. Вам также нужно будет указать Ваше полное имя и дату рождения, чтобы мы могли идентифицировать Вас. Если Вы назначаете или сменяете уполномоченного представителя, выберите, хотите ли Вы, чтобы Ваш уполномоченный представитель получал копии Ваших писем. Если Вы также подаете заявление или участвуете в программе медицинского обслуживания, выберите, хотите ли Вы, чтобы Ваш уполномоченный представитель предпринимал дополнительные действия от Вашего имени. Убедитесь в том, что Вы прочитали и согласны с разрешением на использование защищенной медицинской информации (protected health information) перед указанием ответа «Да» (Yes). Затем прочтите заявления о понимании. Если Вы согласны, подпишите и поставьте дату в этой форме.

**Раздел 2** — Ваш уполномоченный представитель должен заполнить раздел 2. Ваш уполномоченный представитель должен будет указать свое полное имя и контактную информацию. Он также должен будет прочитать заявления о понимании и подписать и датировать форму, если он согласен с заявлениями.

**Раздел 3** — Если Вы назначаете или сменяете уполномоченного представителя, Вам потребуется, чтобы кто-то, кроме Вашего уполномоченного представителя, наблюдал за тем, как Вы подписываете эту форму. Это лицо называется свидетелем. Если Вы подписываете эту форму знаком «X», то два свидетеля должны наблюдать как Вы подписываете форму. Свидетелю или свидетелям необходимо будет указать свое полное имя, подпись и дату подписания формы.

### Отправка формы

Вы можете отправить заполненную форму одним из следующих способов:

#### По Интернету

Отсканируйте все страницы формы на веб-сайт ACCESS. Вы можете выполнить это действие через вашу учетную запись ACCESS, в которую Вы можете войти на веб-сайте [access.wi.gov](http://access.wi.gov). **(Примечание.** Если у Вас нет учетной записи ACCESS, Вы можете войти на веб-сайт [access.wi.gov](http://access.wi.gov) и создать ее.

**Примечание.** Сканирование форм на ACCESS доступно только в определенное время. Если Вы не можете отсканировать форму на ACCESS, воспользуйтесь одним из других способов отправки формы.

#### Факс

- Если Вы проживаете в **Milwaukee County (округ Милуоки)**, отправьте эту форму по факсу на 888-409-1979.
- Если Вы **не** проживаете в Milwaukee County (округ Милуоки), отправьте эту форму по факсу на 855-293-1822.

#### По почте

- Если Вы проживаете в **Milwaukee County (округ Милуоки)**, отправьте эту форму по почтовому адресу:  
MDPU  
6055 N. 64<sup>th</sup> St.  
Milwaukee, WI 53218
- Если Вы **не** проживаете в Milwaukee County (округ Милуоки), отправьте эту форму по почтовому адресу:  
CDPU  
P.O. Box 5234  
Janesville, WI 53547

#### Лично

Отнесите форму в Ваше агентство. Контактные данные Вашего агентства находятся на веб-сайте Wisconsin Department of Health Services (Департамент здравоохранения штата Висконсин, DHS): [dhs.wi.gov/im-agency](http://dhs.wi.gov/im-agency).

Для получения дополнительной информации об уполномоченных представителях посетите веб-сайт Department of Health Services (Департамент здравоохранения штата Висконсин, DHS) по адресу [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm).

**РАЗДЕЛ 1**

**Заполняется заявителем/участником**



Я осуществляю следующее:

- Назначаю уполномоченного представителя. Вы должны заполнить **весь** раздел 1.
- Сменяю уполномоченного представителя. Вы должны заполнить **весь** раздел 1. Убедитесь, что Вы вписали имя Вашего нового уполномоченного представителя в разделе В.
- Отменяю уполномоченного представителя. Вы должны заполнить **части А и Е** раздела 1. Не заполняйте части В и С.

**Часть А. Личная информация**

Полное имя (фамилия, имя, средний инициал)

Дата рождения

Номер дела (если есть)

**Часть В. Информация о разрешении**

Я назначаю следующее лицо моим уполномоченным представителем:

Я хочу, чтобы мой уполномоченный представитель получал копии писем о моем праве на участие и льготах.

- Да
- Нет

**Часть С. Дополнительная информация о разрешении — только программы медицинского обслуживания (необязательно)**

Я подаю заявление на участие или являюсь участником **программы медицинского обслуживания** (например, Wisconsin Medicaid, BadgerCare Plus или Family Planning Only Services) и хочу, чтобы мой уполномоченный представитель выполнял все следующие действия:

- Получал мою карточку программы ForwardHealth вместо меня.
  - Регистрировал меня в программу НМО.
  - Обсуждал с отделом обслуживания клиентов ForwardHealth или моим НМО вопросы о счетах, услугах или другой медицинской информации, включая защищенную медицинскую информацию. Убедитесь в том, что вы прочитали и согласны с разрешением на использование защищенной медицинской информации (protected health information) перед указанием ответа «Да» (Yes).
  - Подавал жалобы и апелляции по поводу моих медицинских услуг (например, лечения и счетов).
- Да
  - Нет

**Разрешение на использование и раскрытие защищенной медицинской информации**

Отметив «Да» (Yes) выше, я разрешаю Департаменту здравоохранения штата Висконсин и его подрядчикам, включая НМО, раскрывать (передавать) мою защищенную медицинскую информацию моему уполномоченному представителю.

Информация, которую я разрешаю раскрывать, может включать следующие типы информации: претензии, медицинские записи, сведения о лечении от злоупотребления психоактивными веществами, репродуктивном лечении, психическом здоровье, инфекционных заболеваниях, аптечных услугах, ВИЧ/СПИД, стоматологических записях и нарушениях развития.

Эта информация передается для того, чтобы мой уполномоченный представитель мог помочь мне управлять моими льготами медицинского обслуживания.

Я понимаю, что любая информация, используемая или передаваемая на основании этого разрешения, может быть повторно передана физическим или юридическим лицом, получающим информацию, и больше не будет защищена федеральными правилами конфиденциальности.

Я понимаю, что это разрешение является добровольным и что я могу отказаться разрешить разглашение моей защищенной медицинской информации, отметив выше «Нет» (No). Указание «Нет» (No) не повлияет на предоставление лечения, оплату, регистрацию в плане медицинского обслуживания или право на получение льгот, кроме случая, когда разрешение необходимо для определения права на участие в программе или регистрации в программе.

Это разрешение будет действовать до тех пор, пока я не лишу уполномоченного представителя в этой форме статуса моего уполномоченного представителя или не сообщу моему агентству, что я больше не хочу, чтобы мой уполномоченный представитель имел доступ к моей защищенной медицинской информации. Я могу в любое время письменно сообщить об этом моему агентству; однако отмена разрешения не повлияет на использование защищенной медицинской информации, которая уже была передана.

### Часть D. Заявления о понимании

Я понимаю и согласен со следующим:

- Я имею право выбрать любое лицо, которого я хочу иметь моим уполномоченным представителем.
- Я могу сменить или отменить моего уполномоченного представителя в любое время. Я должен сообщить моему агентству в письменной форме, что я хочу сменить или отменить моего уполномоченного представителя.
- Я не должен сообщать лицу о том, что отменяю его статус моего уполномоченного представителя.
- Уполномоченный представитель, указанный в этой форме, будет оставаться моим уполномоченным представителем до тех пор, пока я не сменю или не отменю его.
- Мой уполномоченный представитель будет иметь доступ к моей личной информации, такой как мой номер социального обеспечения, финансовые отчеты и медицинская информация, чтобы помочь мне управлять моим правом на участие. Если я согласился на разрешение на использование защищенной медицинской информации выше, я понимаю, что мой уполномоченный представитель также будет иметь доступ к этой информации, чтобы помочь мне управлять моими медицинскими услугами (например, лечением и медицинскими счетами).
- Я должен предоставлять моему уполномоченному представителю достоверную и точную информацию.
- Я несу ответственность за ошибки и неверную информацию, которую сообщает мой уполномоченный представитель. Я понимаю, что если мой уполномоченный представитель или я сообщу ложную информацию или скрою информацию, то возможно следующее:
  - Возврат льгот, которые я не должен был получать.
  - Уплата штрафа.
  - Исключение из программы.
  - Привлечение к ответственности за мошенничество.
- Подписывая эту форму, я заявляю, что понимаю и согласен с приведенными выше заявлениями.

### Часть E. Подпись и дата



ПОДПИСЬ — Заявитель/участник

Дата подписания

## РАЗДЕЛ 2

### Заполняется уполномоченным представителем



### Часть A. Контактная информация

Полное имя — уполномоченный представитель (фамилия, имя, средний инициал)

Улица и номер дома

Город

Штат

Почтовый индекс

Номер телефона (включая код зоны)

Адрес эл. почты (необязательно)

### Часть В. Заявления о понимании

Я понимаю и согласен со следующим:

- В качестве уполномоченного представителя я ограничен выполнением любого или всех перечисленных ниже действий от имени заявителя или участника:
  - Подача заявления на получение или продление льгот.
  - Сообщение об изменениях.
  - Работа с агентством заявителя или участника по любым вопросам, связанным со льготами.
  - Подача жалоб или апелляций связанных с правом на участие.
- Ожидается, что я буду знаком с обстоятельствами заявителя или участника.
- Заявитель или участник может в любое время отменить мой статус уполномоченного представителя.
- Заявителю или участнику не нужно уведомлять меня о том, что я отстранен от выполнения обязанностей их уполномоченного представителя.
- Я являюсь уполномоченным представителем заявителя или участника до тех пор, пока он не запросит другого уполномоченного представителя или решит не иметь уполномоченного представителя.
- Я должен предоставлять правдивую и точную информацию.
- Если я предоставлю неточную или ложную информацию, заявителю или участнику может потребоваться вернуть любые льготы по медицинскому обслуживанию, полученные по ошибке.
- Если я преднамеренно нарушу правила программы, я должен возместить любые льготы программы FoodShare, которые были использованы не по назначению или получены по ошибке.
- Я должен соблюдать применимые законы штата и федеральные законы, касающиеся конфликтов интересов и конфиденциальности информации.
- Подписывая эту форму, я заявляю, что понимаю и согласен с приведенными выше заявлениями.
- Подписывая эту форму, я заявляю, что буду действовать в качестве уполномоченного представителя заявителя или участника, указанного в разделе 1.

### Часть С. Подпись и дата



**ПОДПИСЬ** — Уполномоченный представитель

Дата подписания

### РАЗДЕЛ 3

Заполняется свидетелем (свидетелями)



Полное имя — свидетель (фамилия, имя, средний инициал)



**ПОДПИСЬ** — Свидетель

Дата подписания

Полное имя — свидетель (фамилия, имя, средний инициал) (если заявитель/участник подписался пометкой X)



**ПОДПИСЬ** — Свидетель

Дата подписания

Не присылайте сюда заявки.

**Государственные или местные агентства Программы дополнительной продовольственной помощи (SNAP) и Программы распределения продовольствия в индейских резервациях (FDPIR) и их субподрядчики должны опубликовать следующее Заявление о недискриминации:**

В соответствии с федеральным законом о гражданских правах и правилами и политикой в области гражданских прав Министерства сельского хозяйства США (USDA), этому учреждению запрещается проявлять дискриминацию по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола (включая гендерную идентичность и сексуальную ориентацию), религиозных убеждений, инвалидности, возраста, политических убеждения или репрессалии или возмездия за предыдущую деятельность в области гражданских прав.

Информация о программе может быть доступна на языках, отличных от английского. Лица с ограниченными возможностями, которым требуются альтернативные средства связи для получения информации о программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиозапись, американский язык жестов), должны обратиться в учреждение (на уровне штата или на местном уровне), в которое они подали заявку на получение пособия. Лица, страдающие глухотой, нарушением слуха или нарушениями речи, могут связаться с USDA через Федеральную службу ретрансляции по телефону (800) 877-8339.

Для подачи жалобы на дискриминацию в программе, заявитель должен заполнить форму AD-3027, Форму жалобы на дискриминацию в программе USDA, которую можно получить в Интернете по адресу: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-russian.pdf>, из любого офиса USDA, позвонив по телефону (833) 620-1071 или написав письмо в адрес USDA. Письмо должно содержать имя заявителя, адрес, номер телефона и письменное описание предполагаемого дискриминационного действия с достаточной детализацией, чтобы проинформировать Помощника секретаря по гражданским правам (ASCR) о характере и дате предполагаемого нарушения гражданских прав. Заполненную форму AD-3027 или письмо необходимо отправить по адресу:

- (1) **почтовый адрес:**  
Food and Nutrition Service, USDA  
1320 Braddock Place, Room 334  
Alexandria, VA 22314; или
- (2) **факс:**  
(833)-256-1665 или (202)-690-7442; или
- (3) **эл. почта:**  
[FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

Это учреждение предоставляет равные возможности.

Не присылайте сюда заявки.

## Nondiscrimination Notice: Discrimination is Against the Law – Health Care-Related Programs

Wisconsin Department of Health Services (Департамент здравоохранения) соблюдает действующие федеральные законы о гражданских правах и не допускает дискриминации на основании расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, ограниченных возможностей или пола (включая беременность, гендерную идентичность и сексуальную ориентацию). Department of Health Services (Департамент здравоохранения) не исключает людей и не относится к ним иным образом из-за расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, ограниченных возможностей или пола.

Department of Health Services:

- Для эффективного взаимодействия предоставляет безвозмездную помощь и оказывает услуги людям с ограниченными возможностями, а именно:
  - услуги квалифицированных сурдопереводчиков.
  - письменную информацию в других форматах (крупный шрифт, аудио формат, доступные электронные форматы, прочие форматы).
- письменную информацию в других форматах (крупный шрифт, аудио формат, доступные электронные форматы, прочие форматы):
  - услуги квалифицированных переводчиков.
  - письменную информацию на других языках.

письменную информацию на других языках Department of Health Services civil rights coordinator (844-201-6870).

Если вы считаете, что в Department of Health Services вам не предоставили указанных услуг или иным образом дискриминировали вас по признакам расы, цвета кожи, национальной принадлежности, возраста, инвалидности или пола, вы можете подать жалобу: Department of Health Services, Attn: Civil Rights Coordinator, 201 E. Washington Ave, Room E200B, PO Box 7850, Madison, WI 53707-7850, 844-201-6870, TTY: 711, факс: 608-267-1434, [dhsccr@dhs.wisconsin.gov](mailto:dhsccr@dhs.wisconsin.gov). Вы можете подать жалобу лично или отправить по почте, факсу или электронной почте. Если вам нужна помощь в подаче жалобы, вам поможет Department of Health Services civil rights coordinator.

Вы также можете подать жалобу о нарушении гражданских прав в U.S. Department of Health and Human Services (Министерство здравоохранения и социальных служб США), Office for Civil Rights (Управление по гражданским правам), в электронном виде через Office for Civil Rights Complaint Portal, доступный по ссылке: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, по почте или по телефону:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Бланки жалобы доступны по адресу: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

<b>Español (Spanish)</b> ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-201-6870 (TTY: 711).	<b>Deutsch (Pennsylvania Dutch)</b> Wann du Deitsch (Pennsylvania Dutch) schwetztscht, kannscht du ebber griegie as dich helfe kann mit Englisch, unni as es dich ennich eppes koschte zellt. Ruf 844-201-6870 uff (TTY: 711).
<b>Hmoob (Hmong)</b> LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 844-201-6870 (TTY: 711).	<b>ພາສາລາວ (Laotian)</b> ເຂົ້ນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ ແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໃຫ້ໂທຫາເບີ 844-201-6870 (TTY: 711).
<b>繁體中文 (Traditional Chinese)</b> 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 844-201-6870 (TTY: 711)。	<b>Français (French)</b> ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 844-201-6870 (ATS : 711).
<b>Deutsch (German)</b> ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 844-201-6870 (TTY: 711).	<b>Polski (Polish)</b> UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 844-201-6870 (TTY: 711).
<b>العربية (Arabic)</b> ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 844-201-6870 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).	<b>हिंदी (Hindi)</b> ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 844-201-6870 (TTY: 711) पर कॉल करें।
<b>Русский (Russian)</b> ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 844-201-6870 (телетайп: 711).	<b>Shqip (Albanian)</b> KUJDES: Nëse flisni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 844-201-6870 (TTY: 711).
<b>한국어 (Korean)</b> 알림: 한국어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-201-6870 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.	<b>Tagalog (Tagalog – Filipino)</b> PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 844-201-6870 (TTY: 711).
<b>Tiếng Việt (Vietnamese)</b> CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 844-201-6870 (TTY: 711).	<b>Soomaali (Somali)</b> FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadashid af Soomaali, adeegyada caawinta luuqada, oo bilaash ah, ayaa lagu heli karaa. Soo wac 844-201-6870 (TTY: 711).