

授權代表及替代收款人

您可選擇某人擔任您的授權代表、替代收款人或請該人士同時擔任您的授權代表或替代收款人。請使用本表格來告知我們您所選擇的人士。您必須在本表格上簽名。授權代表和／或替代收款人也必須在本表格上簽名。如果公眾服務部 (Department of Human Services, DHS) 為您選擇一位替代收款人，DHS 將會使用本表格來通知您。

客戶姓名：_____ 出生日期：_____

客戶的社會安全號碼、個案號碼或俄勒岡州健康計劃 (Oregon Health Plan, OHP) 會員卡號碼：_____

指定授權代表

授權代表的權利與責任

授權代表可代客戶完成諸如以下的事項：簽署和提交申請表及續保文件、通報變更以及接收通知和其他溝通信函。

授權代表可以就客戶所申請或使用的 **DHS 計劃**和俄勒岡州衛生監管機關 (**Oregon Health Authority, OHA**) 計劃代表客戶行事 (家庭暴力倖存者臨時救助計劃和某些長期照護服務除外)。這將適用於個案中的所有客戶。本表格中所列的授權代表將會取代個案先前所委任的任何授權代表。

獲選擔任授權代表的人士或組織將會持續擔任授權代表的職務直到：

- 個案中的客戶向 **DHS** 或 **OHA** 表示其想撤銷此項同意；或
- 授權代表告知 **DHS** 或 **OHA** 其想撤銷此項同意；或
- 該人士或組織不得再繼續擔任客戶的授權代表

如果授權代表向 **DHS** 或 **OHA** 提供錯誤或不完整的資訊且該資訊導致超額給付的發生，則客戶以及任何其他責任方將需償還其不應獲得的款項。如果授權代表蓄意隱瞞或提供錯誤資訊，則授權代表也需償還超額給付的款項。

對於由 **DHS** 或 **OHA** 提供並與申請表或個案中所列之任何人士有關的任何資訊，授權代表皆必須為其保密，且授權代表必須遵守與利益衝突和資訊保密有關的任何其他相關州法律及聯邦法律。

《俄勒岡州行政法規》：461-115-0090、410-200-0111

反歧視政策

公眾服務部 (DHS) 和俄勒岡州衛生監關機關 (OHA) 不會歧視任何人。換而言之，DHS/OHA 將會為所有符合資格的人士提供協助，並且不會因年齡、種族、膚色、原國籍、性別、宗教、政治信仰、殘障或性取向等理由而對任何人有差別待遇。

如果您認為 DHS 或 OHA 因上述任何原因而對您有差別待遇，您可以提出投訴。如欲向州政府提出投訴，您可以致電 1-800-442-5238（聽障專線 711）與州長權益維護辦公室聯絡，或者寫信至其辦公室，地址如下：

Governor's Advocacy Office 500
Summer Street NE, E17 Salem,
OR 97301

傳真：503-378-6532

電子郵件：DHS.info@state.or.us

「法律規定人人均應享有平等機會！」