



Program:	Branch:	Case number:
Case name:		Worker ID:



授权代表及备选收款人

您可以选择一位人士担任授权代表、备选收款人或同时担任这两个角色。请使用本表格告诉我们您选定的人士。您必须签署本表格。授权代表及 / 或备选收款人也必须签署本表格。本表格用于告知您公众服务部 (DHS) 是否为您选定了备选收款人。

客户姓名: _____ 出生日期: _____

客户的社会安全号码、案件编号或 OHP ID 号码: _____

指定授权代表

授权代表的权利和义务

授权代表可为客户做出下列事情：签署和递交申请及续期文件，报告变动以及收取通知和其他通讯的副本。

授权代表可就客户申请或取得的 **DHS** 及俄勒冈州卫生局 (**OHA**) 计划代表客户行事（但家暴幸存者临时援助计划以及某些情况下的长期照护服务除外）。这适用于案件中的所有客户。本表所列的授权代表将取代案例中之前委任的授权代表。

被选定为授权代表的人士或组织将一直作为授权代表，直至：

- 案件的客户告知公众服务部或俄勒冈州卫生局他们想要终止本批准；或
- 授权代表告知公众服务部或俄勒冈州卫生局他们想要终止本批准；或
- 有关人士或组织不再被允许担任客户的授权代表

若授权代表向 **DHS** 或 **OHA** 提供错误或不完整的信息，而该信息导致超额付款，则客户以及任何其他责任方需要退回不应收取的部分。若授权代表故意隐瞒或提供错误的信息，则其也需要退回不应收取的部分。

授权代表必须对公众服务部或俄勒冈州卫生局提供的有关申请或案例所载任何人士的任何信息保密，以及遵守有关利益冲突和信息保密的其他相关州和联邦法律。

《俄勒冈州行政规则》：461-115-0090, 410-200-0111

我们的不歧视政策

社会服务部 (DHS) 和俄勒冈州卫生局 (OHA) 将不会歧视任何人。这意味着 DHS/OHA 将向所有具有相关资格的申请者提供帮助，且不会因年龄、种族、肤色、原国籍、性别、宗教、政治信仰、残疾或性取向而区别对待任何人。

如果您认为公众服务部或俄勒冈州卫生局因上述原因而对您区别对待，您可以提出投诉。如要向州政府提出投诉，可拨打 1-800-442-5238 (TTY 711) 致电州长维权办公室，或者致信：

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

传真：503-378-6532

电子邮件：DHS.info@state.or.us

“机会均等就是法律！”