

अधिकार प्राप्त प्रतिनिधि र बैकल्पिक भुक्तिनी प्राप्त गर्ने व्यक्ति

तपाईंले अधिकार प्राप्त प्रतिनिधि, बैकल्पिक भुक्तिनी प्राप्त गर्ने व्यक्ति वा दुवै छात्र सक्नुहुन्छ । कृपया तपाईंले छानेको व्यक्तिको बारेमा बताउन यो फारमको प्रयोग गर्नुहोस । तपाईंले यो फारममा अनिवार्य रूपमा हस्ताक्षर गर्नु पर्छ । अधिकार प्राप्त प्रतिनिधि र/ वा बैकल्पिक भुक्तिनी प्राप्त गर्ने व्यक्तिले पनि अनिवार्य रूपमा यो फारममा हस्ताक्षर गर्नु पर्छ । यो फारम मानव सेवा बिभाग (ड.एच.एस) ले यदि तपाईंको लागि बैकल्पिक भुक्तिनी प्राप्त गर्ने व्यक्ति छानेमा जानकारी दिन प्रयोग गरिनेछ ।

सेवाग्राहीको नाम : _____ जन्म मिति : _____

सेवाग्राहीको सामाजिक सुरक्षा नम्बर, केश नम्बर, वा ओ.एच.पी आइडी नम्बर: _____

अधिकार प्राप्त प्रतिनिधिको नियुक्ति

अधिकार प्राप्त प्रतिनिधिको अधिकार र कर्तव्यहरू

अधिकार प्राप्त प्रतिनिधिले सेवाग्राहीको लागि तल लेखिए जस्तै कार्यहरू गर्छन: आवेदनहरू भर्ने र हस्ताक्षर गर्ने, पुनः दर्ता गर्ने, परिवर्तन भएको रिपोर्टहरू पेश गर्ने, र सूचना तथा अन्य पत्रहरू प्राप्त गर्ने ।

अधिकार प्राप्त प्रतिनिधिले डी.एच.एस र ओरेगन स्वास्थ्य प्राधिकरण (ओ.एच.ए) कार्यक्रमका आवेदनहरूको सम्वन्धमा सेवाग्राहीको तर्फबाट कार्य गर्छन (घरेलु हिंसाबाट उन्मुक्ति पाएका व्यक्तिका लागि अस्थाई सुविधा र केहि अवस्थामा दिर्घकालिन रेखदेख कार्यक्रमहरूको लागि बाहेक)। यो, केशमा भएका सबै सेवाग्राहीहरूको लागि लागु हुनेछ । यस फारममा उल्लेख भएका अधिकार प्राप्त प्रतिनिधिले यो केशमा बिगतमा नियुक्त भएका कुनै पनि अधिकार प्राप्त प्रतिनिधिको स्थान लिने छन् ।

अधिकार प्राप्त प्रतिनिधिको रूपमा छानिएका व्यक्ति वा संस्था अधिकार प्राप्त प्रतिनिधि तब सम्म रहन्छन जब सम्म:

- ग्राहकले डी.एच.एस वा ओ.एच.एलाई यो स्वीकृति अन्त्य गर्न आग्रह गर्छन; वा
- अधिकार प्राप्त प्रतिनिधिले डी.एच.एस वा ओ.एच.एलाई यो स्वीकृति अन्त्य गर्न आग्रह गर्छन; वा
- सो व्यक्ति वा संस्थालाई अधिकार प्राप्त प्रतिनिधिको रूपमा कार्य गर्न थप स्वीकृति नभएमा

यदि अधिकार प्राप्त प्रतिनिधिले डी.एच.एस वा ओ.एच.ए लाई गलत वा अपूर्ण सूचना दिए भने र सो सूचनाको लारणले अधिक भुक्तानी भए ग्राहक वा अन्य जिम्मेवार समूहले उनीहरूले प्राप्त गर्नु नपर्ने रकम फिर्ता गर्नु परे। यदि अधिकार प्राप्त प्रतिनिधिले जानी जानी सूचना लुकाए वा गलत सूचना दिए भने, अधिकार प्राप्त प्रतिनिधिले सो रकम फिर्ता पनि गर्नु पर्छ।

अधिकार प्राप्त प्रतिनिधिले अनिवार्य रूपमा डी.एच.एस वा ओ.एच.ए ले प्रदान गर्ने कुनै पनि सूचनाको गोपनियता जुन निवेदन वा केशमा नाम भएका कुनै पनि व्यक्तिको बारेमा हुन सक्छ सो कायम राख्नु पर्छ साथ साथै चासोको विवाद र सूचनाको गोपनियता सम्वन्धि अन्य राज्यव्यापी र संघीय कानूनको पालना गर्नु पर्दछ।

ओरेगन ब्यवस्थापकिय नियमावली (Oregon Administrative Rules): 461-115-0090, 410-200-0111

अधिकार प्राप्त प्रतिनिधि सूचना	
नाम (थर, नाम)	उमेर १८ वर्ष वा बढी? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन
संस्थाको नाम (यदि लागु हुने भए)	इमेल ठेगाना
पत्र पठाउने ठेगाना	फोन नं
:अधिकार प्राप्त प्रतिनिधि सहमति	
सेवाग्राहीको हस्ताक्षर	हस्ताक्षर गरेको मिति :
अधिकार प्राप्त प्रतिनिधिको हस्ताक्षर	हस्ताक्षर गरेको मिति :

बैकल्पिक भुक्तानी प्राप्त गर्ने व्यक्तिको नियुक्ति

बैकल्पिक भुक्तानी प्राप्त गर्ने व्यक्तिको अधिकार र कर्तव्यहरू
<p>बैकल्पिक भुक्तानी प्राप्त गर्ने व्यक्तिले कार्यक्रमको सुविधा सेवाग्राही(हरु)को तर्फबाट प्रयोग गर्न सक्नेछन । यदि बैकल्पिक भुक्तानी प्राप्त गर्ने व्यक्तिले कार्यक्रमको सुविधाको गलत प्रयोग गरेमा, सेवाग्राहीले सो सुविधा फिर्ता पाउंदैनन ।</p> <p>बैकल्पिक भुक्तानी प्राप्त गर्ने व्यक्ति वा संस्था तब सम्म बैकल्पिक भुक्तानी प्राप्त गर्ने व्यक्ति वा संस्था रहन्छन जब सम्म:</p> <ul style="list-style-type: none"> • केशमा रहेका सेवाग्राही वा उनीहरुको अधिकार प्राप्त प्रतिनिधिले डी.एच.एस वा ओ.एच.एलाई यो स्वीकृति अन्त्य गर्न चाहेको बताउँछन्; वा • बैकल्पिक भुक्तानी प्राप्त गर्ने व्यक्ति वा संस्थाले डी.एच.एस वा ओ.एच.पीलाई यो स्वीकृति अन्त्य गर्न चाहेको बताउँछन् भने; वा • व्यक्ति वा संस्थाको सेवाग्राही(हरु)को बैकल्पिक भुक्तानी प्राप्त गर्ने स्वीकृति रद्द भएको छ भने <p>ओरेगन ब्यवस्थापकिय नियमावली (Oregon Administrative Rules): 461-165 -0035</p>
यो व्यक्ति वा संस्था मेरो निम्न सुविधाको लागि बैकल्पिक भुक्तानी प्राप्त गर्ने संस्था हो:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> पुरक पोषण सहयत कार्यक्रम (SNAP) | <input type="checkbox"/> साधारण सुविधा-बिजुली पानी आदिको बिल भुक्तानी गर्ने र व्यक्तिगत आकस्मिक कोष (GA) |
| <input type="checkbox"/> गरिब परिवारका लागी अस्थाई सुविधा (TANF) वा शरणार्थी सेवा कार्यक्रम (REF) | <input type="checkbox"/> ओरेगन बैकल्पिक आय कार्यक्रम (OSIP) |

बैकल्पिक भुक्तानी प्राप्त गर्ने व्यक्तिको सूचना	
नाम (थर, नाम)	उमेर १८ वर्ष वा बढी? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन
संस्थाको नाम (यदि लागु हुने भए)	इमेल ठेगाना

पत्र पठाउने ठेगाना	फोन नं
बैकल्पिक भुक्तानी प्राप्त गर्ने व्यक्ति सँगको सहमति <input type="checkbox"/> यदि बिभागबाट नियुक्त भएको भए यहाँ चिन्ह लगाउनुहोस	
सेवाग्राहीको हस्ताक्षर:	हस्ताक्षर गरेको मिति :
बैकल्पिक भुक्तानी प्राप्त गर्ने व्यक्तिको हस्ताक्षर:	हस्ताक्षर गरेको मिति :

हाम्रो भेदभाव नगर्ने नियम

मानव सेवा विभाग (डी.एच.एस) र ओरेगन स्वास्थ्य प्राधिकरण (ओ.एच.ए) ले कसैसँग पनि भेदभाव गर्दैन । यसको मतलव डी.एच.एस ओ.एच.एले योग्य सबै व्यक्तिलाई सहयोग गर्छ र कसैलाई पनि उमेर, जात, रंग, आएको देश, लिंग, धर्म, राजनैतिक विचार, अपाङ्गता वा यौन पहिचानको आधारमा भेदभाव गर्दैन ।

तपाईंले डी.एच.एस वा ओ.एच.एले भेदभाव गरेको जस्तो लागे वा आफुलाई फरक रूपमा सेवा दिएको लागे गुनासो ब्यक्त गर्न सक्नुहुन्छ । गुनासो पेश गर्नका निम्ति तपाईं गभर्नरको पैरवी कार्यालय 1-800-442-5238 (TTY 711) मा फोन गर्न सक्नु हुन्छ वा उक्त कर््यालयमा निम्न ठेगानामा पत्र लेख्न सक्नु हुन्छ :

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

फ्याक्स: 503-378-6532

इमेल : DHS.info@state.or.us

“समान अवसर नै कानून हो!”