

如果您想要指定一位授權代表擔任您的代理，您可以提交本表。如果授權代表為您在申請表中簽名，或者您是代表他人提交申請表的授權代表，您**必須**提交本表，申請才能獲得處理。

如果您住在機構中並希望將資格通知副本寄給您和仍然住在家中的您的配偶，您無需填寫本表。我們會自動這樣做。

註釋：授權代表有權在涉及MassHealth和Health Connector的所有事項中代表申請人或會員行事，並在我們收到終止其授權的取消通知或在申請人或會員去世之前，收到有關申請人或會員的個人資訊。一旦我們開始處理您的申請，授權代表的授權則不會自動終止。

您可以選擇讓其他人幫助您。

您可以選擇一位授權代表幫助您獲得透過MassHealth和Health Connector計劃提供的醫療保健承保。您可以透過填寫本表（授權代表指定表）這樣做。您或授權代表可為您本人及您是其監護家長的、年齡在18歲以下的任何受撫養子女簽名。**不要求您必須有一位授權代表才能申請或接受福利。**

誰可以幫助我？

1. 授權代表可以是朋友、家庭成員、親屬或您選擇的其他同意幫助您的個人或組織。如果您希望有授權代表，則由您自己選擇。MassHealth和Connector不會為您選擇授權代表。您必須以書面形式（填寫第I節第A部分）指定您希望成為您的授權代表的個人或組織。您的授權代表還必須填寫第I節第B部分。我們有時將該個人或組織稱為「第I節授權代表」。
2. 如果您不能以書面形式指定授權代表，並且您目前沒有授權代表或法律授權代表您行事的其他人，保證自己將以負責任的方式代表您行事的個人（並非組織）可成為您的授權代表，該個人須填寫本表的第II節。我們有時將該個人稱為「第II節授權代表」。
3. 授權代表還可以是依照法律任命代表您行事的人或代表已故申請人或會員的遺產管理人行事的人。該人士必須填寫第III節，您或該人士必須將填妥的第III節連同本表及說明該人士有權代表您或已故申請人或會員遺產管理人的相關文件副本送交給我們。我們有時將該人士稱為「第III節授權代表」。
4. **第III節**授權代表可以是法定監護人、管理人、委託書持有人、醫療保健代理人或遺產管理人的個人代表（如果申請人或會員已去世）。

授權代表可以做什麼？

第I節或第II節授權代表可以

- 填寫您的申請表或續延表；
- 填寫其他MassHealth或Health Connector資格表或註冊表；
- 提供這些表格中報告的資訊證明；
- 報告收入、地址或其他情況變更；
- 獲取您的所有MassHealth和Health Connector資格和註冊通知副本；以及
- 在與MassHealth和Health Connector相關的所有其他事宜中代表您行事。

第III節授權代表被授權代表您（或已故申請人或會員的遺產管理人）處理的事宜將取決於法律任命文件中的規定。

請注意：資格通知可能包括有關申請人或會員家庭其他成員的資訊。如果您家中有多名成員，我們可能無法將您的部分通知副本送給您的授權代表，除非每名家庭成員也透過單獨填寫授權代表指定表指定相同的授權代表。

第 1 節：授權代表指定表(如果申請人或會員能夠簽名)

第A部分 — 由申請人或會員填寫。除簽名外，請用大寫字母填寫。

申請人/會員姓名	申請人/會員的出生日期(月/日/年)
MassHealth ID號碼 _____	或申請人/會員社會安全號碼(SSN)的最後四位數 _____
申請人/會員的電子郵件地址	
我確認，我已經選擇以下個人或組織擔任本人及任何18歲以下、我是其監護家長的受撫養子女的授權代表，並且我理解該個人或組織將承擔的職責和責任(如本表上文所述)。	
申請人/會員簽名	日期
授權代表姓名	授權代表的電話號碼
授權代表的地址(郵寄地址、城市、州、郵遞區號)	

第B部分 — 由授權代表填寫。除簽名外，請用大寫字母填寫。

B1. 如果授權代表是個人，請填寫。

我確認，我將始終對MassHealth或Health Connector提供給我的、有關上述申請人或會員以及(如適用)該申請人或會員的受撫養子女的任何資訊保密。

如果我還是隸屬於組織的服務提供者、工作人員或義工，並且以授權代表身份作為服務提供者、工作人員或義工就與我的指定相關的事宜行事，我確認我將在任何時候遵守有關資訊機密性和利益衝突的所有適用的州立和聯邦法律和法規，包括《聯邦法規集》第42篇第431部分第F分部、《聯邦法規集》第42篇第447.10款和《聯邦法規集》第45篇第155.260(f)款中規定的條款。

授權代表簽名	日期
授權代表姓名(用大寫字母填寫)	授權代表的電話號碼

B2. 如果授權代表是組織，請填寫。

我確認，我代表以下組織將始終對MassHealth或Health Connector提供給本組織的、有關上述申請人或會員以及(如適用)該申請人或會員的受撫養子女的任何資訊保密。

填寫本表的本人 — 以下所列組織的服務提供者、工作人員或義工 — 代表我自己並代表我所代表的組織確認，代表本組織就與本授權代表指定相關的事宜行事的任何服務提供者、工作人員或義工將始終遵守有關資訊機密性和利益衝突的所有適用的州立和聯邦法律和法規，包括《聯邦法規集》第42篇第431部分第F分部、《聯邦法規集》第42篇第447.10款和《聯邦法規集》第45篇第155.260(f)款中規定的條款。

填寫本表的服務提供者、工作人員或義工簽名	日期
填寫本表的服務提供者、工作人員或義工姓名(用大寫字母填寫)	
填寫本表的服務提供者、工作人員或義工的電子郵件	授權代表組織名稱

第2節：授權代表指定表 (如果申請人或會員不能提供書面指定)

由授權代表填寫。除簽名外，請用大寫字母填寫。請為每一名申請人或會員單獨填寫一份表格。

組織沒有資格在本節中成為授權代表。

我確認，下列申請人或會員不能提供書面指定，據我所知，沒有其他人可以代表其行事，例如，現有授權代表、監護人、保管人、遺產管理人個人代表、授權書持有人或援引的醫療保健代理人。此外，我確認，我充分瞭解該申請人或會員的情況，對在資格審查過程中以及與MassHealth或Health Connector的其他溝通過程中代表其作出的陳述的準確性負責，我理解我作為該人士的授權代表的權利和責任(如本表上文所述)。如果該人士能夠理解，我已經告訴該人士，MassHealth和Health Connector將向我發送所有MassHealth和Health Connector資格和登記通知副本，該人士表示同意。我已經告訴該人士，他/她可以採用本表上文所述的方法隨時取消或替換我作為他/她的授權代表的指定。

我進一步確認，我將始終對MassHealth或Health Connector提供給我的、有關以下申請人或會員的任何資訊保密。

如果我還是隸屬於某個組織的服務提供者、工作人員或義工，並且以授權代表身份作為服務提供者、工作人員或義工就與我的指定相關的事宜行事，我進一步確認，我將在任何時候遵守有關資訊機密性和利益衝突的所有適用的州立和聯邦法律和法規，包括《聯邦法規集》第42篇第431部分第F分部、《聯邦法規集》第42篇第447.10款和《聯邦法規集》第45篇第155.260(f)款中規定的條款。

申請人/會員姓名	申請人/會員的出生日期(月/日/年)
MassHealth ID號碼 _____	或申請人/會員社會安全號碼(SSN)的最後四位數 _____
授權代表簽名	日期(月/日/年)
授權代表姓名(名、中間名、姓)	授權代表的電話號碼
授權代表的地址(郵寄地址、城市、州、郵遞區號)	授權代表的電子郵件地址

如果第II節授權代表隸屬於某個組織，並且以該身份行事，被授權代表該組織行事的個人(如管理人員)必須在下方簽名，表明該組織對上述陳述和保證的認可和同意。

管理人員姓名	管理人員職稱
管理人員簽名	日期(月/日/年)

第3節：授權代表指定表(如果依照法律任命)

由依照法律任命的授權代表填寫(有權代表申請人或會員作出與醫療保健有關的決定,包括但不限於監護人、保管人、申請人或會員遺產管理人的個人代表、授權書持有人或援引的醫療保健代理人。)除簽名外,請用大寫字母填寫。請隨本表提交一份相關法律文件副本。

我確認,我將始終對MassHealth或Health Connector提供給我的、有關以下申請人或會員的任何資訊保密。

申請人/會員姓名	申請人/會員的出生日期(月/日/年)
MassHealth ID號碼 _____	或申請人/會員社會安全號碼(SSN)的最後四位數 _____
授權代表簽名	日期(月/日/年)
授權代表姓名(名、中間名、姓)	授權代表的電話號碼
授權代表的地址(郵寄地址、城市、州、郵遞區號)	授權代表的電子郵件地址

如何終止授權代表指定?

如果您決定您不再想要第I節或第II節授權代表,您必須在您希望終止指定時透過郵件、傳真或電話通知我們。請參閱以下聯繫資訊。如果您透過郵件或傳真向我們發出該通知,通知必須包括您的姓名、地址和出生日期、您的授權代表姓名、指定終止聲明和您的簽名、或代表您的人士的簽名(如果您不能提供書面通知)(僅限第II節授權代表)。

此外,如果您的授權代表通知我們該個人或組織已經不再擔任您的代表,我們將不再將該個人或組織視為您的授權代表。

第I節或第II節授權代表指定將在申請人或會員去世時終止。

第III節授權代表指定將在其法律任命結束時終止。授權代表必須按照以上指示通知我們。

此外,未成年子女的授權代表指定將在該名子女18歲生日時終止。

我如何提交本表?

如果您在申請醫療福利,將填妥的授權代表指定表隨您的申請表送交給我們。

如果您已經在接受福利,您必須在您希望指定授權代表或者您希望宣佈的指定終止時向我們送交本表,方法是:

- 將表格郵寄至:
Health Insurance Processing Center
P. O. Box 4405
Taunton, MA 02780;
- 將表格用傳真發送至 1-857-323-8300;或者
- 撥打電話號碼 1-800-841-2900 (TTY: 1-800-497-4648,供聾人、聽力或語言障礙者使用)。