अधिकृत प्रतिनिधि (AR) **को घोषणा**

तपाईंले आवेदन गर्न वा लाभ प्राप्त गर्न आवश्यक पर्ने केही वा सबै चरणहरूको सहायताको लागि एउटा अधिकृत प्रतिनिधि (AR) चुन्न सक्नुहुन्छ। यी लाभहरूमा नगद, चिकित्सा, खाद्य टिकटहरु र / वा बालहेरविचार सहयोग समावेश छन्।

AR भनेको तपाईंको कुनै मित्र, परिवारको सदस्य वा अन्य वयस्क हो, जसले तपाईंको राम्रोको लागि चासो लिन्छ। AR तपाईंले छनौट गरेको एउटा वयस्क हो। हामीले तपाईंको लागि छनौट गर्ने छैनौं। तपाईंले छनौट गरेको यो व्यक्ति तपाईंलाई मद्दत गर्न राजी हुनु पर्छ। कुनै एजेन्सीले ARको रूपमा काम गर्न सक्दैन, तर एजेन्सीमा काम गर्ने कुनै व्यक्तिले यो काम गर्न सक्छ। AR एउटा निजी व्यक्ति हुनुपर्छ।

AR तपाईंको योग्यता साक्षात्कारमा जान सक्छ। AR ले तपाईंको लागि आवेदन फारम र अन्य कागजी कार्रवाई गरिदिन सक्छ। AR ले तपाईंको आय, स्रोत, र अन्य परिवर्तनहरूको विषयमा तपाईंको लागि परिवर्तनहरूको रिपोर्ट पनि गर्न सक्छ। AR ले हामीबाट तपाईंको लागि इलेक्ट्रनिक लाभ स्थानान्तरण (EBT) कार्ड, चिकित्सा सहयोग आईडी कार्ड, र अन्य मेलहरू लिन सक्छ। DHHS द्वारा दिइएका योग्यता निर्णय बारे तपाईं संतुष्ट हुनुहुँदैन भने AR ले तपाईंको लागि प्रशासनिक अपील गर्न सक्छ। AR ले प्रशासनिक अपीलमा तपाईंको लागि प्रतिनिधित्व गर्न सक्छ। तपाईंले तलका कोठाहरूको छनौट गरेर आफुले AR बाट के के कार्यहरू गराउन चाहनुहुन्छ भन्ने छनौट गर्न सक्नुहुन्छ।

अधिकृत प्रतिनिधिको कर्तव्य

AR बाट के के कार्यहरू गराउन चाहनुहुन्छ, कृपया तल छनौट गर्नुहोस्:

☐ मेरो लागि आवेदन, फारामहरू, र अन्य DHHS कागजातहरू प्राप्त गर्नु।
☐ मेरो लागि आवेदन, फारामहरू, र अन्य DHHS कागजातहरू भर्नु।
☐ DHHS लाई मेरो आय, संसाधनहरू र अन्य मामिलाका विवरणको प्रमाण दिनु र मेरो मामिलाका परिस्थितिहरूमा परिवर्तनहरू DHHS मा रिपोर्ट गरेर प्रमाणिकृत गर्नु।
☐ DHHS बाट मेरा सूचनाहरू प्राप्त गर्नु।
☐ मेरो लागि मेरो नगद लाभ प्राप्त गर्नु।
☐ मेरो लागि मेरो योग्यता साक्षात्कारमा जानु।
☐ *मेरो EBT खातामा पहुँच गर्नु। यसको अर्थ के हो भने मेरो AR ले र मैले हामी प्रत्येकका नाममा EBT कार्ड प्राप्त गर्छौं। हामी दुवैले मेरा लाभहरू प्राप्त गर्नको लागि यी EBT कार्डहरू प्रयोग गर्न सक्नेछौं।*
☐ मेरो लागि प्रशासनिक अपीलको निवेदन गर्नु।
☐ यदि मैले मन गरेमा मलाई अपीलमा प्रतिनिधित्व गराउनु
☐ मेरो लागि मेरो संचालित हेरविचार संस्था (MCO) वा योग्य स्वास्थ्य योजना (QHP) हेर्नु
☐ मेरो लागि चिकित्सा सहायता ID कार्ड प्राप्त गर्नु।
☐ अन्य: _____

ग्राहकको हस्ताक्षर

कृपया तल दिएका विवरण राम्ररी पढ्नुहोस्। तपाईंको तल गरेको हस्ताक्षरले तपाईंले पढेको, बुझेको र यी बयानहरूमा सहमत भएको बुझाउँछ।

- मैले यस फारममा भएको जानकारी पढेर बुझें भनेर **प्रमाणित गरें**।
- मेरो AR ले DHHS लाई दिएका कुनै पनि भूलहरू, त्रुटिहरू वा गलत विवरणको लागि म जवाफदेही हुनेछु भन्ने **मैले बुझें**।
- यदि मेरा AR ले मेरो आज्ञा बिना मेरा लाभहरूको प्रयोग गरेमा DHHS ले यसबाट भएको हानिको क्षतिपूर्ति गर्ने छैन भनेर **मैले बुझें**।
- म र मेरो AR ले परिवर्तनको बारेमा DHHS लाई जानकारी नदिएसम्म मेरो AR को नाम धारण गरेको व्यक्ति **।** ले मेरो तर्फबाट काम गरि रहनेछ भन्ने मैले बुझें। तथापि, यदि म एउटा ड्रग र रक्सी उपचार केन्द्रमा बस्दैछु वा म अर्को समूहमा बस्ने सुविधामा छु र मेरो AR त्यो एजेन्सीले रोजगार दिएको एउटा व्यक्ति हो भने, ७ CFR २७३.११(f)(५)(ii) को अनुसार, मैले उपचार केन्द्र छोडेको दिन त्यो व्यक्ति स्वत: नै मेरो AR रहँदैन भन्ने **मैले बुझें**।

ग्राहकको **मुद्रित** नाम _____ मिति _____

ग्राहकको हस्ताक्षर _____ जन्म मिति _____

MID # _____ मामिला # _____

अधिकृत प्रतिनिधिको जानकारी

कृपया हामीलाई आफ्नो AR को नाम, ठेगाना र टेलिफोन नम्बर दिनुहोस्। कृपया स्पष्ट छाप्नुहोस्।

(Please Turn Over)

पहिलो नाम | मध्य नाम | अन्तिम नाम

मार्ग/पत्र व्यवहारको ठेगाना | टेलिफोन नम्बर

शहर, राज्य, र जिप कोड | वैकल्पिक टेलिफोन नम्बर

जन्म मिति
(वैकल्पिक)

एआरलाई आफ्नो सम्बन्धको विवरण दिनुहोस्
(यदि तपाईंको एआर एजेन्सीको सदस्य हो भने, यहाँ एजेन्सीको नाम लेख्नुहोस्।)

अधिकृत प्रतिनिधिको हस्ताक्षर

मैले तल गरेको हस्ताक्षरले मैले यो फारममा भएको विवरण पढेको र बुझेको भन्ने बुझाउँछ। यो फारममा भएका दिएका कार्यहरू स्वीकार गर्ने विषयमा म सहमत भएँ र तल दिएका विन्दुहरू बुझेर यिनीहरूमा सहमत भएँ:

- **मैले बुझें** कि AR को रूपमा मैले कार्य गर्नको लागि मेरो पहिचानको प्रमाण दिनुपर्छ।
- **मैले बुझें** कि यदि म कार्यक्रम उल्लंघनको कारण अयोग्य भएको छु भने, यो व्यक्तिको सट्टामा प्रतिनिधित्व गर्ने उपयुक्त मान्छे भएसम्म मैले AR को रूपमा प्रतिनिधित्व गर्न सक्ने छैन।
- **मैले बुझें** कि यदि म एउटा दबाइ र रक्सी उपचार केन्द्र वा अन्य समूह बसोबास गर्ने ठाउँको खाद्य टिकट प्राप्तकर्ताको लागि AR छु भने, र मैले गलत जानकारी प्रदान गरेर सुराकी गरी प्रतिनिधित्व गरेकोले बासिन्दालाई मैले धेरै लाभ प्राप्त गरें भन्ने लागेमा, मैले प्रतिनिधित्व गरेको बासिन्दाबाट मात्र नभएर ती लाभहरूलाई उपचार केन्द्र वा समूहमा बसोबास गर्ने ठाउँबाट पनि कटौति गरिनेछ र केन्द्रको बारेमा 7CFR 273.11(e)(7) अन्तर्गत USDA SNAP लाइसेन्सिङमा रिपोर्ट गरिनेछ।

मैले र ग्राहकले परिवर्तन गरेको विषयमा DHHS लाई नभनेसम्म यो फारमको अघिल्लो पट्टि उल्लेख गरिएका ग्राहकको AR को रूपमा काम गर्न म सहमत छु।

अधिकृत प्रतिनिधिको **मुद्रित** नाम | मिति

अधिकृत प्रतिनिधिको हस्ताक्षर

यो ठेगानामा पठाउनुहोस्: सेन्ट्रलाइज्ड स्क्यानिङ युनिट (CSU), पो. बक्स. १८१, कन्कोर्ड, NH ०३३०१