经授权代表指定表

如果您希望指定一位经授权代表担任您的代表，您可以提交本表。如果经授权代表代替您签署了您的申请表，或者您是代表其他人申请的经授权代表，您**必须**提交本表，申请才能获得处理。

如果您住在机构中并希望将资格通知发送给您和仍然住在家中的您的配偶，则无需填写本表。我们会自动这样做。

注释：经授权代表有权在与 MassHealth 和 Health Connector 的所有事务中代表申请人或会员行事，并将收到有关申请人或会员的个人信息，直到我们收到终止其授权的取消通知或申请人或会员去世。一旦我们处理了您的申请表，他们的授权不会自动终止。

您可以选择某个人帮助您。

您可以选择一名经授权代表帮助您通过 MassHealth 和 Health Connector 提供的计划获得医疗保健承保。您可以通过填写本表（经授权代表指定表）这样做。您或您的代表可以为您本人以及您作为其监护人的任何年龄未满 18 岁的受抚养子女签名。**您无需指定经授权代表即可提交申请或领取福利。**

谁可以帮助我？

1. 经授权代表可以是您选择的同意帮助您的朋友、家人、亲属或其他个人或组织。如果您愿意，您可以选择一位经授权代表。MassHealth 和 Health Connector 都不会为您选择经授权代表。您必须以书面形式（填写第 I 节第 A 部分）指定您希望成为您的经授权代表的个人或组织。您的经授权代表还必须填写第 I 节第 B 部分。我们有时将该个人或组织称为“第 I 节经授权代表”。
2. 如果您不能以书面形式指定经授权代表，并且您目前没有经授权代表或法律授权代表您行事的其他人，确认自己将以负责任的方式代表您行事的个人（并非组织）可填写本表第 II 节，成为您的经授权代表。我们有时将该人士称为“第 II 节经授权代表”。
3. 经授权代表还可以是法律任命代表您行事的人或代表已故申请人或会员的遗产管理的人。该人士必须填写第 III 节，您或该人士必须将填妥的第 III 节连同本表和说明该人士有权代表您或已故申请人或会员遗产管理的相关文件副本送交给我们。我们有时将该人士称为“第 III 节经授权代表”。
4. **第 III 节**经授权代表可以是法定监护人、管理人、授权书持有人、医疗保健代理人或遗产管理个人代表（如果申请人或会员已去世）。

经授权代表可以做什么？

第 I 节或**第 II 节**经授权代表可以

- 填写您的申请表或资格审查表；
- 填写其他 MassHealth 或 Health Connector 资格表或注册表；
- 提供这些表格中报告的信息证明；
- 报告收入、地址或其他情况变更；
- 收到您所有的 MassHealth 和 Health Connector 资格和注册通知；以及
- 代表您处理与 MassHealth 和 Health Connector 相关的所有其他事宜。

第 III 节经授权代表被授权代表您（或已故申请人或会员的遗产管理）处理的事宜将取决于法律任命文件中的规定。

请注意：资格通知可能包括有关申请人或会员家庭其他成员的信息。如果您家中有多名成员，我们可能无法将您的部分通知送给您的经授权代表，除非每名家庭成员也通过单独填写经授权代表指定表指定相同的经授权代表。

第 1 节 经授权代表指定（如果申请人或会员能够签名）

第 A 部分 — 由申请人或会员填写。除签名外，请用大写字母填写。

申请人/会员姓名	申请人/会员出生日期 （月/日/年）

MassHealth ID 号码__ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ **或者**申请人/会员社会安全号码（SSN）的最后四位数__ __ __ __

申请人/会员电子邮件地址

我确认，我已选择以下个人或组织作为我本人和我作为其监护人的任何 18 岁以下受抚养子女的经授权代表，我了解该人士或组织将承担的义务和责任（如本表上文所述）。

申请人/会员签名	日期

经授权代表姓名	经授权代表电话号码

经授权代表地址（邮寄地址、城市、州、邮编）

第 B 部分 — 由经授权代表填写。除签名外，请用大写字母填写。

B1. 如果经授权代表是个人，请填写。

我确认，我将始终对 MassHealth 或 Health Connector 向我提供的有关上述申请人或会员以及这些申请人或会员的受抚养子女（如适用）的任何信息保密。

如果我还是隶属于某个组织的服务提供者、工作人员或志愿者，并且以服务提供者、工作人员或志愿者的身份就与我的经授权代表指定相关的事宜行事，我确认我将始终遵守有关信息保密和利益冲突的所有适用州立和联邦法律和法规，包括《联邦法规集》第 42 篇第 431 部分第 F 分部、《联邦法规集》第 42 篇第 447.10 款和《联邦法规集》第 45 篇第 155.260(f) 款中规定的条款。

经授权代表签名	日期

经授权代表用大写字母填写的姓名	经授权代表电子邮件地址

B2. 如果经授权代表是组织，请填写。

我确认，作为下列组织的代表，该组织将始终对 MassHealth 或 Health Connector 向该组织提供的有关上述申请人或会员以及这些申请人或会员的受抚养子女（如适用）的任何信息保密。

我作为下列组织的服务提供者、工作人员或志愿者填写本表，我代表本人和我代表的组织确认，与本经授权代表指定相关的代表该组织行事的任何服务提供者、工作人员或志愿者将始终遵守有关信息保密和利益冲突的所有适用州立和联邦法律和法规，包括《联邦法规集》第 42 篇第 431 部分第 F 分部、《联邦法规集》第 42 篇第 447.10 款和《联邦法规集》第 45 篇第 155.260(f) 款中规定的条款。

填写表格的服务提供者、工作人员或志愿者签名	日期

填写表格的服务提供者、工作人员或志愿者用大写字母填写的姓名

填写表格的服务提供者、工作人员或志愿者的电子邮件	经授权代表组织名称

第 2 节 经授权代表指定表
(如果申请人或会员不能提供书面指定)

由经授权代表填写。除签名外，请用大写字母填写。请为每一名申请人或会员单独填写一份表格。

在本节中，组织没有资格成为经授权代表。

我确认，下列申请人或会员不能提供书面指定，据我所知，没有其他人可以代表其行事，例如，现有经授权代表、监护人、管理人、遗产管理个人代表、授权书持有人或援引的医疗保健代理人。此外，我确认，我充分了解该申请人或会员的情况，对在资格审查过程中以及与 MassHealth 或 Health Connector 的其他沟通过程中代表其作出的陈述的准确性负责，我理解我作为该人士的经授权代表的权利和责任(如本表上文所述)。如果该人士能够理解，我已经告诉该人士，MassHealth 和 Health Connector 将向我发送所有 MassHealth 和 Health Connector 资格和注册通知，该人士表示同意。我已经告诉该人士，他/她可以采用本表上文所述的方法随时取消或替换我作为他/她的经授权代表的指定。

我进一步确认，我将始终对 MassHealth 或 Health Connector 向我提供的有关以下申请人或会员的任何信息保密。

如果我还是隶属于某个组织的服务提供者、工作人员或志愿者，并且以服务提供者、工作人员或志愿者的身份就与我的经授权代表指定相关的事宜行事，我进一步确认，我将始终遵守有关信息保密和利益冲突的所有适用州立和联邦法律和法规，包括《联邦法规集》第 42 篇第 431 部分第 F 分部、《联邦法规集》第 42 篇第 447.10 款和《联邦法规集》第 45 篇第 155.260(f) 款中规定的条款。

申请人/会员姓名	申请人/会员出生日期 (月/日/年)
MassHealth ID 号码__ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ **或者**申请人/会员社会安全号码(SSN)的最后四位数__ __ __ __	
经授权代表签名	日期(月/日/年)
经授权代表姓名(名、中间名、姓)	经授权代表电话号码
经授权代表地址(邮寄地址、城市、州、邮编)	经授权代表电子邮件地址

如果第 II 节经授权代表隶属于某个组织，并且以该身份行事，被授权代表该组织行事的个人(如管理人员)必须在下方签名，表明该组织对上述陈述和保证的认可和同意。

管理人员姓名	管理人员职称
管理人员签名	日期(月/日/年)

第 3 节 经授权代表指定表（如果依照法律任命）

由依照法律任命的经授权代表填写（有权代表申请人或会员作出与医疗保健相关的决定，包括但不限于监护人、管理人、申请人或会员遗产管理个人代表、授权书持有人或援引的医疗保健代理人）。除签名外，请用大写字母填写。**请随本表提交相关法律文件副本。**

我确认，我将始终对 MassHealth 或 Health Connector 向我提供的有关以下申请人或会员的任何信息保密。

申请人/会员姓名	申请人/会员出生日期 （月/日/年）
MassHealth ID 号码__ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ **或者**申请人/会员社会安全号码（SSN）的最后四位数__ __ __ __	
经授权代表签名	日期（月/日/年）
经授权代表姓名（名、中间名、姓）	经授权代表电话号码
经授权代表地址（邮寄地址、城市、州、邮编）	经授权代表电子邮件地址

如何终止经授权代表指定？

如果您决定不再需要**第 I 节**或**第 II 节**经授权代表，则必须在您希望终止指定时通过邮件、传真或电话通知我们。请查看我们的以下联系信息。如果您将本通知邮寄或传真给我们，该通知必须包括您的姓名、地址和出生日期、您的经授权代表姓名、指定终止声明以及您的签名；或者，如果您无法提供书面通知，代表您的人士（仅限**第 II 节** 经授权代表）的签名。

此外，如果您的经授权代表通知我们该人士或组织不再代表您，我们将不再承认该人士或组织作为您的经授权代表。

第 I 节或**第 II 节**经授权代表指定将在申请人或会员去世时终止。

第 III 节经授权代表指定在其法定任命结束时终止。经授权代表必须按照上述说明通知我们。

此外，为未成年子女指定的经授权代表在子女 18 岁生日时终止。

我如何送交本表？

如果您在申请保健福利，将填妥的经授权代表指定表随您的申请表送交给我们。

如果您已经在接受福利，您必须在您希望指定经授权代表或者您希望终止声明的经授权代表指定时向我们送交本表，方法是：

- 将表格邮寄至：

  Health Insurance Processing Center
  PO Box 4405
  Taunton, MA 02780

- 将表格用传真发送至 **(857) 323-8300**；或者
- 打电话给我们，电话号码 **(800) 841-2900**，TDD/TTY：**711**。

打印表格 **清除表格内容**