

ریاست نیو یارک کا صحت کے بیمہ\* کی منظوریوں، شکایتوں، مسائل، اور اپیلوں میں معاونت کے لیے نمائندہ مقرر کرنے کا معیاری فارم  
یہ فارم آپ کے ممبر شناختی کارڈ پر درج پتے یا فیکس نمبر پر جمع کروایا جا سکتا ہے۔

<b>سیکشن 1: ممبر اور کلیم کی معلومات</b>			
تاریخ پیدائش:		ممبر کا نام:	
پتہ:			
زپ کوڈ:	ریاست:	شہر:	
سیل فون:		گھر کا فون:	
ای میل (اختیاری):			
ممبر ID:		انشورر کا نام:	
گروپ # (اگر کوئی ہے):		کلیم # (اگر اطلاق ہوتا ہے):	
مسترد ہونے یا درخواست کیے جانے والے کلیم/خدمات/اشیاء کی وضاحت:			
<b>سیکشن 2: مقرر کردہ مجاز نمائندہ</b>			
میں، _____ (پرنٹ نام)، مندرجہ ذیل شناخت کیے گئے شخص یا اشخاص یا ادارے کو اپنا مجاز نمائندہ مقرر کرتا ہوں تاکہ وہ دعویٰ دائر کرنے میں میری مدد کرے اور پیشگی منظوری کی درخواست، شکایت، مسئلے، یا میرے انشورر سے کی جانے والی اپیل میں میری معاونت کرے اور مندرجہ بالا وضاحت کردہ کلیم، خدمات، یا اشیاء کے سلسلے میں پیشگی منظوری کی درخواست، شکایت، مسئلے، یا اپیل سے متعلق معلومات کی درخواست کرے اور انہیں وصول کرے۔			
ادارہ:		نام:	
پتہ:			
فون:	زپ کوڈ:	ریاست:	شہر:
ای میل:		ممبر کے ساتھ رشتہ (اگر کوئی ہے):	
<b>سیکشن 3: منظوری کی تاریخ اختتام</b>			
یہ منظوری ___/___/___ (ماہ/دن/سال) پر ختم ہوگی یا مندرجہ ذیل ایونٹ میں:			
میں سمجھتا ہوں کہ اگر میں تاریخ اختتام یا ایک ایونٹ شامل نہیں کرتا، تو یہ منظوری تب تک مؤثر رہے گی جب تک کہ میری جانب سے تحریری طور پر منسوخ نہ ہو جائے، پیشگی منظوری، شکایت، مسئلے، یا اپیل کا حل نہ نکل آئے، یا میرے اس فارم پر دستخط کرنے کے بعد 24 ماہ نہ گزر جائیں، جو بھی پہلے واقع ہوتا ہے۔			

#### سیکشن 4: منظوری کی شرائط

میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ:

- یہ منظوری اختیاری ہے۔
- میرا انشورر میرے اندراج، اہلیت، یا صحت کے وظائف کے کلیم کی ادائیگی کو میری اس منظوری کی فراہمی سے مشروط نہیں کرے گا۔
- میری صحت کی معلومات میرے مقرر کردہ نمائندے کی جانب سے دوبارہ ظاہر کیے جانے سے مشروط ہو سکتی ہے، اور اگر میرا مقرر کردہ نمائندہ نگہداشت صحت کا فراہم کنندہ نہیں ہے، تو ہو سکتا ہے کہ اس معلومات کا وفاقی یا ریاستی رازداری کے قوانین اور ضوابط کی جانب سے مزید تحفظ نہ کیا جائے۔
- میرے پاس اس منظوری کو کسی بھی وقت منسوخ کرنے کا اختیار ہے، اور یہ کہ تنسیخ تحریری شکل میں ہونی ضروری ہے۔ (تحریری نوٹس کو اپنے ID کارڈ پر درج پتے یا فیکس نمبر پر ارسال کریں یا جیسے آپ کا انشورر ہدایت کرے۔)
- جیسے ہی میرے انشورر کو میرا تنسیخ کا تحریری نوٹس موصول ہوتا ہے، تنسیخ نافذ العمل ہو جائے گی۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میرے تنسیخ کے تحریری نوٹس کے موصول ہونے سے قبل میرے انشورر کی جانب سے منظوری پر انحصار کرتے ہوئے کیے گئے کسی اقدام پر اس تنسیخ کا کوئی اثر نہیں ہو گا۔

#### سیکشن 5: دستخط

دستخط:

تاریخ:

نام پرنٹ کریں:

ممبر سے رشتہ (اگر ممبر دستخط نہیں کر رہا):

اگر آپ مختار نام کے حامل، قانونی سرپرست، یا دیگر قانونی نمائندے کے طور پر دستخط کر رہے ہیں، تو اس فارم کے ساتھ اپنے قانونی اختیار کی دستاویز کی کاپی مہیا کریں۔

\* صحت کے بیمہ میں صحت کا جامع بیمہ، بینائی کا بیمہ، اور دانتوں کا بیمہ شامل ہیں۔

اہم:

- یہ فارم Medicaid کی نظم کردہ نگہداشت، Essential Plan، اور Child Health Plus کی کوریج والے اندراج کنندگان کی جانب سے استعمال کیا جا سکتا ہے۔ یہ فارم دیگر Medicaid کوریج یا Medicare رکھنے والے ممبران کے جانب سے استعمال کرنے کے لیے نہیں ہے۔ اگر ضرورت ہو تو، اپنے انشورر/صحت کے منصوبے سے اس کوریج کا فارم حاصل کرنے کے لیے رابطہ کریں۔
  - یہ فارم ممکنہ طور پر صحت کی چند ایسی حساس معلومات جاری کرنے کے لیے معقول نہ ہو جن کو ریاستی یا وفاقی قوانین کی جانب سے تحفظ حاصل ہے۔ آپ کا انشورر آپ سے ایک الگ منظوری مکمل کرنے کا کہہ سکتا ہے تاکہ حساس معلومات جاری کی جا سکے، مثلاً دماغی صحت، منشیات کے استعمال کی بیماری، یا HIV/AIDS کی معلومات۔
  - اگر آپ نے اندرونی اپیل دائر کی تھی اور وہ آپ کے انشورر کی جانب سے مسترد کر دی گئی تھی، تو آپ کو بیرونی اپیل کرنے کا حق حاصل ہو سکتا ہے۔ آپ اپنی بیرونی اپیل دائر کرنے کے لیے ایک نامزد شخص کا تقرر کر سکتے ہیں۔ اس فارم کو بیرونی اپیل دائر کرنے والے نامزد شخص کی تقرری کے لیے استعمال مت کریں۔ بیرونی اپیل دائر کرنے کی معلومات پر ڈھونڈی جا سکتی ہیں۔ [www.dfs.ny.gov/ExternalAppeal](http://www.dfs.ny.gov/ExternalAppeal)
- یہ فارم آپ کے ممبر شناختی کارڈ پر درج پتے یا فیکس نمبر پر جمع کروایا جا سکتا ہے۔