

## 任命、变更或解除授权代表：人员 (APPOINT, CHANGE, OR REMOVE AN AUTHORIZED REPRESENTATIVE: PERSON)

填写和提交“任命、变更或解除授权代表：人员”表即 F-10126A，以任命某人为您的授权代表，或对其予以变更或解除。

若要任命某**组织**为您的授权代表，请填写和提交 [任命、更换或罢免授权代表：组织表格 F-10126B](#)。

如果您有法定遗产监护人、法定人身及遗产监护人，或保护人，但您希望除他们之外的其他人担任您的授权代表，该人必须为您指定一名授权代表。如果您持有永久有效的财务授权书，您或您的授权书可以指定授权代表。

仅当指定法定人身监护人的法院文件授权该监护人代表您使用公共援助计划参与资格和其中的福利时，该法定人身监护人才能为您指定授权代表。

医疗保健授权书无法代表您指定授权代表。

此表格上提供的个人身份信息仅用于威斯康星州医疗补助、BadgerCare Plus、FoodShare、Family Planning Only Services 和 Caretaker Supplement 的直接管理。

### 授权代表的信息

授权代表是熟悉您家庭环境的人员，而且您信任其代表您行事。**除**以下人员，任何人都可以担任您的授权代表：

- 因故意违反 FoodShare 计划而不具备资格的人员在其不具备资格的期间不能担任授权代表，除非无其他人员能够担任授权代表。
- 无家可归人员的食物提供者不能担任无家可归人员食品单位的授权代表。（“食品单位”是指生活在一起并共同购买和制作食品的一个或一个以上人员。）
- 帮助确定资格或福利的机构雇员不得担任授权代表。某些情况下，可以给予特别书面批准，让他们担任授权代表。
- 获得授权接收 FoodShare 福利的零售商不得担任授权代表。

您的授权代表一旦获得任命，就可代表您做以下任何或全部事项：

- 申请或更新福利
- 报告您的信息变更情况
- 就与您的福利相关的任何事务与您的机构合作
- 对您正在申请或已经参加的项目的资格提出申诉和上诉

您也可以选择让您的授权代表获取有关您的资格和福利的信函副本、获取您的 ForwardHealth 卡，代表您与 ForwardHealth 成员服务部和您的 HMO（健康维护组织）合作，以及就您的医疗服务（例如：治疗和账单）提出申诉和上诉。

您**不需要**让授权代表申请或获取福利。

您在本表格中任命的授权代表可以就以下**任何**计划代表您行事：威斯康星州 Medicaid、BadgerCare Plus、FoodShare、Family Planning Only Services 和/或 Caretaker Supplement。如果您已经参加了其中的任何一项计划及 Wisconsin Works (W-2)，则您的授权代表也可以就 W-2 代表您行事。

您在本表格中任命的授权代表**不能**就 Wisconsin Shares Child Care Subsidy 计划代表您行事。如果您想要申请 Wisconsin Shares 计划，则需要您自行申请。

### 表格说明

如果本表格中缺失必要信息，包括任何签名，则本表格被视为不完整，并且您的授权代表**不能**代表您行事。

**第 1 节**—— 您需要填写第 1 节规定的内容。您需要选择您是任命、变更或是解除授权代表。您还需要提供您的姓名和出生日期，以便我们确认您的身份。如果您是任命或变更授权代表，请选择您是否想让您的授权代表获取您的信函副本。如果您还想申请或是已经参加了某项健康护理计划，请选择您是否想让您的授权代表代表您采取更多行动。请您务必在勾选“是”之前阅读并同意受保护健康信息的授权。接下来，请阅读谅解声明。如果您同意，请在本表中签名并填写日期。

**第 2 节**—— 您的授权代表需要填写第 2 节规定的内容。您的授权代表需要提供其姓名和联系信息。他们还需要阅读谅解声明，并且他们还需在同意该声明之后在本表中签名并填写日期。

**第 3 节**—— 如果您是任命或变更授权代表，则您还需要您的授权代表之外的人员见证您在本表中签名。此人即被称为“证人”。如果您在本表中签有“X”，则必须由两位证人见证您在本表中签名。证人需要提供其姓名、签名和在本表中签名的日期。

### 提交表格

您可以通过以下其中一种方法来提交填妥的表格：

#### 在线

将表格的所有页面扫描至 ACCESS 网站。您可以通过访问 [access.wi.gov](http://access.wi.gov) 登录 ACCESS 账号进行此项操作。（说明：如果您没有 ACCESS 账号，请访问 [access.wi.gov](http://access.wi.gov) 并创建一个账号。）

**说明：**您只能在特定时间将表格扫描到 ACCESS。如果您无法将表格扫描至 ACCESS 网站，请使用其他方法提交表格。

#### 传真

- 如果您住在 **Milwaukee 县**，请将本表传真至 888-409-1979。
- 如果您不住在 Milwaukee 县，请将本表传真至 855-293-1822。

如要了解有关授权代表的更多信息，可访问 DHS 网站：[www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm)。

#### 邮寄

- 如果您住在 **Milwaukee 县**，请将本表邮寄至：  
MDPU  
6055 N. 64<sup>th</sup> St.  
Milwaukee, WI 53218
- 如果您不住在 Milwaukee 县，请将本表邮寄至：  
CDPU  
P.O. Box 5234  
Janesville, WI 53547

#### 亲自递送

将本表送至您所在县的资格服务机构。请在以下威斯康星州 Department of Health Services (DHS)（卫生服务部）网站查找该机构的联系信息：[dhs.wi.gov/im-agency](http://dhs.wi.gov/im-agency)。

## 第 1 部分

### 待由申请人/成员填写



本人：

- 任命一位授权代表。您必须填写第 1 节的**所有内容**。
- 变更我的授权代表。您必须填写第 1 节的**所有内容**。确保您将新的授权代表的姓名填写到 B 部分。
- 解除我的授权代表。您必须填写第 1 节的 **A 部分和 E 部分**。将 B 部分和 C 部分留空。

#### A 部分：个人信息

姓名 —— 申请人/成员（姓、名以及中间名缩写）

出生日期

个案号码（如有）

## B 部分：授权信息

本人任命以下人员为本人的授权代表：

本人想让本人的授权代表获取有关本人的资格和福利的信函副本。

是  否

## C 部分：附加授权信息 — 仅健康护理计划（选填）

本人正在申请或已加入某项**健康护理计划**（例如：威斯康星州 Medicaid、BadgerCare Plus 或 Family Planning Only Services），并想让本人的授权代表做以下所有事宜：

- 代表本人获取 ForwardHealth 卡。
- 将本人登记到 HMO。
- 与 ForwardHealth 成员服务部或本人的 HMO 交谈，了解有关法案、服务的信息或其他医疗信息，包括受保护的健康信息。请您务必在勾选“是”之前阅读并同意下列受保护健康信息的授权。
- 提交有关本人健康护理服务（例如：治疗和账单）的申诉和上诉。

是  否

### 授权使用和披露受保护的健康信息。

通过勾选上文中的**是**，本人授权威斯康星州 Department of Health Services（卫生服务部）和其承包商，包括 HMO，向本人的授权代表披露（分享）本人的受保护健康信息。

本人授权共享的信息包括以下类型的信息：索赔、病历、药物滥用护理、生殖护理、精神健康、传染病、药房服务、HIV/AIDS、牙科记录和发育障碍。

分享这些信息是为了让本人的授权代表能够帮助本人管理本人的健康护理福利。

本人理解，基于本授权使用或分享的任何信息可能会被接收信息的个人或实体重新分享，并不再受到联邦隐私法规的保护。

本人理解，本授权是自愿的，本人可以通过在上文勾选“否”来拒绝授权公开本人的受保护健康信息。勾选“否”不会影响为我提供治疗、付款、加入健康计划或享受福利的资格，除非授权对于确定享受该计划的资格或加入该计划十分必要。

在本人解除本表中本人的授权代表，或者让本人的机构知道本人不希望本人的授权代表再接触本人的受保护健康信息之前，本授权继续有效。本人可以在任何时候以书面形式将这一点告知本人的机构；但是，解除授权不会影响已经共享的受保护健康信息。

**D 部分：谅解声明。**

本人理解并同意：

- 本人有权选择本人想让其作为本人授权代表的任何人。
- 本人可以在任何时间变更或解除本人的授权代表。本人必须书面告知本人的机构本人想变更或解除本人的授权代表。
- 本人不必告知某人本人解除其作为本人授权代表的身份。
- 在本人变更或解除本表中的授权代表前，其仍为本人的授权代表。
- 本人的授权代表可以访问本人的个人信息，例如：社会保险号码、财务报表和医疗信息，以便其帮助本人管理本人的资格。如果本人同意上述受保护健康信息的授权，则表示本人理解本人的授权代表也将获得这些信息，以便其帮助本人管理本人的医疗保健服务（例如：治疗和医疗账单）。
- 本人必须向本人的授权代表提供真实准确的信息。
- 本人对由本人的授权代表所报告的错误和不正确信息负责。本人理解，如果本人的授权代表或者本人提供有错误信息或对信息有所隐瞒，则本人：
  - 必须退还本人原本不该获取的福利。
  - 接受罚款。
  - 被禁止参加计划。
  - 受到欺诈检控。
- 如果本人签署本表，即表示本人理解并同意上述声明。

**E 部分：签名和日期**



签名——申请人/成员

签字日期

**第 2 部分**

待由授权代表填写



**A 部分：联系信息**

姓名——授权代表（姓、名以及中间名缩写）

街道地址

市 州 邮政编码

电话号码（包括区号） 电子邮箱（选填）

**B 部分：谅解声明**

本人理解并同意：

- 作为授权代表，本人仅限于代表申请人或成员做以下任何或全部事宜：
  - 申请或更新福利
  - 报告变更
  - 与申请人或成员的机构合作，处理福利相关事务
  - 提交和资格相关的申诉和上诉
- 本人被期望熟悉申请人或成员的情况。
- 申请人或成员可在任何时间解除本人的授权代表身份。
- 申请人或成员无需就本人已被解除其授权代表一事通知本人。
- 本人是申请人或成员的授权代表，直至他们申请更换新的授权代表或选择不使用授权代表。
- 本人必须提供真实准确的信息。
- 如果本人提供有不准确或虚假的信息，则申请人或成员可能需要退还任何已错误获取的护理福利。
- 如果本人故意违反计划规则，则本人必须偿还任何被误用或错误领取的 FoodShare 福利。
- 本人必须遵守有关利益冲突和信息保密的适用的州和联邦法律。
- 如果本人签署本表，即表示本人理解并同意上述声明。
- 如果本人签署本表，即表示本人将担任第 1 节中列明的申请人或成员的授权代表。

**C 部分：签名和日期**



签名 —— 授权代表

签字日期

**第 3 部分**

待由证人填写



姓名 —— 证人（姓、名和中间名首字母缩写）



签名 —— 证人

签字日期

姓名 —— 证人（姓、名以及中间名缩写）（如果申请人/成员签署 X）



签名 —— 证人

签字日期

请勿在此发送申请。

**与补充营养援助计划（SNAP）及印第安保护区食品分配计划（FDPIR）相关的州或当地机构和其次级受助人必须张贴以下非歧视声明：**

按照联邦民权法以及美国农业部（USDA）民权法规与政策规定，本机构禁止出现基于种族、肤色、国籍、性别（包括性别认同和性取向）、宗教信仰、残疾情况、年龄、政治见解的歧视现象或因之前的民权活动而进行报复。

计划信息可以英语以外的语言提供。存在残疾情况且需要其它交流方式以获得计划信息（比如盲文、大字体、录音带、美国手语（American Sign Language））的人应与申请福利的机构（州或当地）联系。耳聋或存在听力或语言障碍的人可拨打(800) 877-8339，通过联邦中继服务（Federal Relay Service）与 USDA 联系。

如需提交计划歧视投诉，投诉人应填写 AD-3027 表——USDA 计划歧视投诉表，该表可在以下网站找到：<https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-simplified-chinese.pdf>。您也可从 USDA 办公室或拨打(833) 620-1071 获得该表或写信给 USDA。信函必须包含投诉人姓名、住址、电话号码及歧视行为的书面细节以告知民权助理部长（ASCR）所称民权违法行为的性质及发生日期。完成的 AD-3027 表或信函必须提交至：

- (1) **邮件：**  
Food and Nutrition Service, USDA  
1320 Braddock Place, Room 334  
Alexandria, VA 22314; 或
- (2) **传真：**  
(833)-256-1665 或 (202)-690-7442; 或
- (3) **电子邮箱：**  
[FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

本机构提供平等机会。

请勿在此发送申请。

## Nondiscrimination Notice: Discrimination is Against the Law – Health Care-Related Programs

Wisconsin Department of Health Services 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。 Department of Health Services 不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而排斥任何人或以不同的方式對待他們。

### Department of Health Services:

- 向殘障人士免費提供各種援助和服務，以幫助他們與我們進行有效溝通，如：
  - 合格的手語翻譯員。
  - 以其他格式提供的書面資訊（大號字體、音訊、無障礙電子格式、其他格式）。
- 向母語非英語的人員免費提供各種語言服務，如：
  - 合格的翻譯員。
  - 以其他語言書寫的資訊。

如果您需要此類服務，請聯絡 Department of Health Services civil rights coordinator (844-201-6870)。

如果您認為 Department of Health Services 未能提供此類服務或者因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而透過其他方式歧視您，您可以向：提交投訴，郵寄地址為 Department of Health Services, Attn: civil rights coordinator, 1 West Wilson Street, Room 651, PO Box 7850, Madison, WI 53707-7850，電話號碼為 608-267-4955、TTY（聽障專線）號碼為 711，傳真為 608-267-1434，電子信箱為 [dhsarc@dhs.wisconsin.gov](mailto:dhsarc@dhs.wisconsin.gov)。您可以親自提交投訴，或者以郵寄、傳真或電郵的方式提交投訴。如果您在提交投訴方面需要幫助，Department of Health Services civil rights coordinator 可以幫助您。

您還可以向 U.S. Department of Health and Human Services（美國衛生及公共服務部）的 Office for Civil Rights（民權辦公室）提交民權投訴，透過 Office for Civil Rights Complaint Portal 以電子方式投訴：<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>，或者透過郵寄或電話的方式投訴：

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C.20201  
800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)（聾人用電信設備）

登入 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 可獲得投訴表格。

<b>Español (Spanish)</b> ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-201-6870 (TTY: 711).	<b>Deutsch (Pennsylvania Dutch)</b> Wann du Deitsch (Pennsylvania Dutch) schwetztscht, kannscht du ebber griegie as dich helfe kann mit Englisch, unni as es dich ennich eppes koschte zellt. Ruf 844-201-6870 uff (TTY: 711).
<b>Hmoob (Hmong)</b> LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 844-201-6870 (TTY: 711).	<b>ພາສາລາວ (Laotian)</b> ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ ແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໃຫ້ໂທຫາເບີ 844-201-6870 (TTY: 711).
<b>繁體中文 (Traditional Chinese)</b> 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 844-201-6870 (TTY: 711)。	<b>Français (French)</b> ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 844-201-6870 (ATS : 711).
<b>Deutsch (German)</b> ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 844-201-6870 (TTY: 711).	<b>Polski (Polish)</b> UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 844-201-6870 (TTY: 711).
<b>العربية (Arabic)</b> ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 844-201-6870 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).	<b>हिंदी (Hindi)</b> ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 844-201-6870 (TTY: 711) पर कॉल करें।
<b>Русский (Russian)</b> ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 844-201-6870 (телетайп: 711).	<b>Shqip (Albanian)</b> KUJDES: Nëse flisni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 844-201-6870 (TTY: 711).
<b>한국어 (Korean)</b> 알림: 한국어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-201-6870 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.	<b>Tagalog (Tagalog – Filipino)</b> PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 844-201-6870 (TTY: 711).
<b>Tiếng Việt (Vietnamese)</b> CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 844-201-6870 (TTY: 711).	<b>Soomaali (Somali)</b> FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadashid af Soomaali, adeegyada caawinta luuqada, oo bilaash ah, ayaa lagu heli karaa. Soo wac 844-201-6870 (TTY: 711).