

د میډیکایډ غوښتونکي / غړي نوم		د ټولنیز امنیت شمیره	
د اختیار لرونکی نماینده گمارل			
ایا تاسو غواړئ چې یو چا ته اجازه ورکړئ چې ستاسو د قضیې په ټولو موضوعاتو کې ستاسو استازیتوب وکړي؟ تاسو کولی شئ یو باوري شخص یا یوې ادارې ته اجازه ورکړئ چې زموږ سره ستاسو د غوښتنلیک په اړه خبرې وکړي، ستاسو معلومات وگوري، او ستاسو د غوښتنلیک په اړه ستاسو لپاره کار وکړي، ستاسو د غوښتنلیک په اړه معلومات ترلاسه او ستاسو په استازیتوب ستاسو غوښتنلیک لاسلیک کړي. دا کس کولی شي ستاسو لپاره د بیا کتنې، استیناف او د پاملرنې مدیریت پروسې او په نورو مسلو کې هم کار وکړي. دغه کس ته "اختیار لرونکی استازی" ویل کیږي. د میډیکایډ د ورتوب کارکونکی کولی شي ستاسو د غوښتنلیک / بیا کتنې او وضعیت په اړه هر ډول معلومات ستاسو استازي ته خپاره کړي. له یو څخه ډیر شخص یا ادارې کولی شي ستاسو د اختیار لرونکی استازی په توګه خدمت وکړي. تاسو کولی شئ په هر وخت کې یو اختیار لرونکی استازی وټاکئ، لیری یې کړئ یا بدل کړئ. که تاسو هرکله د خپل استازي بدلولو ته اړتیا لرئ، د سمو اړیکو سره اړیکه ونیسئ. که تاسو په دې غوښتنلیک کې د یو چا لپاره په قانوني توګه استازی ټاکل شوی یاست، تاسو اړتیا لرئ دا برخه بشپړه کړئ.			
د اختیار لرونکی نمایندګی یا سازمان بشپړ نوم		☐ نوی ☐ تبدیل شوی ☐ اضافی	
☐ دا شخص یا سازمان زما د اختیاري نماینده په توګه لرې کړئ			
د تماس نقطه که چیرې اختیاري استازی یو سازمان وي		واحد (که د عمل وړ وي) شمیره (که د عمل وړ وي)	
ښار		ایالت	
د رسمي استازي د تلیفون شمیره		د رسمي استازي د تلیفون بله شمیره	
د رسمي استازي ایمیل آدرس			
د مجاز استازي پته (که تاسو نه لرئ خالي پریرئ)		د اپارتمان نمبر	
* دا غوره ده چې د لویو سازمانونو لپاره یو ځانګړی واحد وپېژندل شي.			

د معلوماتو د خپرولو اجازه			
ایا داسې څوک شته چې تاسو غواړئ ستاسو د غوښتنلیک په اړه معلومات ورسره شریک کړئ؟ د دې برخې په بشپړولو سره، تاسو کولی شئ لاندې کس ته اجازه ورکړئ چې ستاسو د غوښتنلیک / قضیې په اړه معلومات ترلاسه کړي، مګر دوی به د دې وړتیا ونلري چې ستاسو په استازیتوب د یوه یا اختیار استازي په توګه عمل وکړي. تاسو د SCDHHS ته هم اجازه ورکړئ چې دې اضافي شخص یا سازمان ته د دې غوښتنلیک په اړه معلومات خپاره کړي.			
د شخص / سازمان نوم		تلیفون	
آدرس	ښار	ایالت	زیپ کوډ
واحد (که د عمل وړ وي)		شمیره (که د عمل وړ وي)	

د میډیکایډ غوښتونکي / غړي لاسلیک	نېټه
----------------------------------	------

که د "X" سره لاسلیک کوئ، مهرباني وکړئ دوه کسان د شاهدانو په توګه لاندې لاسلیک کړئ.

شاهد: _____ شاهد: _____
غړی د لاسلیک کولو توان او لیاقت نلري. SCDHHS د لاسلیک کولو لپاره د غړي ناتواني تصدیق کولو حق لري. دلیل یې وړاندې کړئ:
خپل لاسلیک شوی فورمه دې ته واستوئ:

SCDHHS - Central Mail, PO Box 100101, Columbia, SC 29202-3101 Fax: (888) 820-1204

ستاسو د غوښتنلیک سره مرستې ته اړتیا لرئ؟ SCDHHS.gov ته مراجعه وکړئ یا موږ ته په 1-888-549-0820 زنگ ووهئ. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-888-549-0820. لری، 0820-549-888-1 ته زنگ ووهئ او د پیروونکي خدماتو استازي ته هغه ژبه ووايست چې تاسو ورته اړتیا لرئ. موږ به تاسو ته پرتله له کوم لګښت څخه مرسته ترلاسه کړو. د TTY کاروونکي باید 1-888-842-3620 ته زنگ ووهي