

إقرار باستلام الموافقة الشفهية

استجابة لكوفيد-19، يُسمح للأفراد/الكيانات بتقديم المساعدة لمقدمي الطلبات للحصول على المساعدة الطبية عند استلام الموافقة الشفهية. سيظل نموذج إقرار استلام الموافقة الشفهية ساريًا حتى انتهاء إعفاء فرجينيا 14(e) 1902.

. يُستخدم هذا النموذج لتوثيق توكيل مقدم الطلب الموافقة الشفهية لفرد/كيان. تقتصر هذه الموافقة الشفهية على استكمال وتقديم طلب المساعدة الطبية. ينبغي استخدام هذا النموذج من قبل الأفراد والكيانات مثل مساعدي تقديم الطلبات والمرشدين والمستشارين المعتمدين لتقديم الطلبات (CACs).

اسم مقدم الطلب:

رقم الشقة:

العنوان:

الرمز البريدي:

الولاية:

المدينة:

تاريخ التفويض الشفهي:

رقم الهاتف:

يجب تقديم هذا النموذج مع طلب المساعدة الطبية. هذا النموذج مطلوب لإكمال عملية التقديم.

- في حالة التقديم عبر الإنترنت على www.commonhelp.virginia.gov، قم بتحميل نموذج الموافقة هذا وإرساله مع الطلب.
 - في قسم التعليقات في تطبيق CommonHelp، أدخل "تم تقديم هذا الطلب بموافقة شفهية من مقدم الطلب".
 - يجب على مساعدي التطبيقات إكمال الأقسام المناسبة ضمن CommonHelp
- في حالة الاتصال بمركز اتصال Cover Virginia على 1-855-242-8282 (TDD: 1-888-221-1590)، سيقدم ممثل مركز الاتصال تعليمات لإرسال نموذج الموافقة هذا وسيوثق "تم تقديم هذا الطلب بموافقة شفهية وقد تم تقديم تعليمات إكمال نموذج الإقرار للفرد".
- في حالة تقديم طلب ورقي إلى إدارة الخدمات الاجتماعية المحلية لديك، أرسل نموذج الموافقة هذا مع الطلب الورقي. لا يزال يتعين على مساعدي التقديم إكمال الملحق ج

توقيعك على هذا النموذج يؤكد:

- أنه تم إبلاغ مقدم الطلب وفهم دورك ومسؤولياتك كمساعد في التقديم.
- أن مقدم الطلب منحك الإذن بإنشاء المعلومات الشخصية وجمعها والكشف عنها والوصول إليها والحفاظ عليها وتخزينها و/أو استخدامها من أجل تنفيذ أدوار ومسؤوليات مساعد في تقديم الطلب على النحو المصرح به بموجب القوانين واللوائح الفيدرالية والخاصة بالولاية.
- أن مقدم الطلب يدرك أن هذا يمنحك السلطة المحدودة لإكمال طلب المساعدة الطبية والتوقيع عليه والتصرف فيه. يلزم موافقة كتابية إضافية وتفويض للتعيين كممثل معتمد لمقدم الطلب.
- أن مقدم الطلب يفهم أن هذه الموافقة الشفهية تخول إدارة الخدمات الاجتماعية و/أو إدارة خدمات المساعدة الطبية الإذن بتقديم المعلومات لك/لمؤسستك.
- وأن مقدم الطلب يدرك أن هذا التفويض يمكن إلغاؤه في أي وقت.
- أن مقدم الطلب قد تلقى نسخة من نموذج الموافقة هذا.

يؤكد توقيعك، تحت عقوبة الشهادة الزور، أن المعلومات المقدمة في هذا النموذج وفي الطلب المرتبط به صحيحة ودقيقة على حد علمك. قد تخضع لعقوبات بموجب القانون الفيدرالي إذا قدمت معلومات خاطئة أو غير صحيحة.

اسمك:

اسم المنظمة:

رقم الجناح:

عنوان المنظمة:

الرمز البريدي:

الولاية:

المدينة:

رقم الهاتف:

التاريخ:

التوقيع: