

대리인 양식

신청서 작성에 도움을 받은 경우

** 참고: 1 번부터 9 번은 고객이 아닌 대리인에 대한 정보입니다.

대리인을 선임할 수 있습니다.

믿을 수 있는 사람을 통해 본 신청서에 대해 우리와 상담하고 당신의 정보를 열람하며 신청서 작성이 필요한 정보를 얻거나 사인을 하는 등에 있어서 당신의 대리인으로 활동할 수 있습니다. 이 사람을 “대리인”이라고 부릅니다. 만약 대리인을 변경해야 한다면 DC Health Link 로 연락하십시오. 만약 당신이 이 신청서에 기재된 사람의 법정 대리인이라면 이 양식을 작성하십시오.

1. 대리인 이름 (명, 중간이름, 성)		
2. 주소	3. 아파트 혹은 스위트 번호	
4. 도시	5. 주 <input type="text"/>	6. 우편번호 <input type="text"/>
7. 전화번호 (<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
8. 기관명		
9. 아이디 번호 (있는 경우) <input type="text"/>		
이 양식에 사인함으로써 당신은 위 사람이 당신의 신청서에 서명하고, 이 신청서에 대한 각종 공인 정보를 얻으며, 이 신청서와 관련된 어떤 일에 있어서도 당신의 대리인으로 활동할것을 허락합니다.		
10. 고객 서명	11. 날짜 (mm/dd/yyyy) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	

인증받은 신청서 카운슬러, 내비게이터, 에이전트 및 브로커 전용.

당신이 타인을 위해 본 신청서를 작성한 인증받은 신청서 카운슬러, 내비게이터, 에이전트 및 브로커인 경우 이 부분을 작성하십시오.

1. 신청서 시작 날짜 <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
2. 명, 중간이름, 성, 칭호	
3. 기관 이름	
4. 아이디 번호 (있는 경우) <input type="text"/>	5. 에이전트/브로커 전용: NPN 번호 <input type="text"/>



도움이 필요한가요? DCHealthLink.com 을 방문하거나 1-855-532-5465 로 전화하십시오. 영어 이외의 언어가 필요하다면 1-855-532-5465 로 전화하여 필요한 언어를 말씀하십시오. 무료로 도와드립니다. TTY 이용자들은 711 로 전화하십시오.