

客户姓名	客户 CDWA ID

说明：

作为客户，您可能希望有人能帮助您管理您的 IP。这个人通常是一位可信的家庭成员或者朋友。如果您希望指定某个人来帮助您履行 Consumer Directed Employer (CDE) 计划中规定的职责，请填写此表格。Consumer Direct Care Network Washington (CDWA) 将能够和授权代表讨论您在 CDE 计划下的护理服务。指定授权代表是一项自愿决定；CDWA 不会因客户关于授权代表的选择而歧视任何客户。

授权代表信息：

名字	姓氏
出生日期	电子邮箱地址
与客户的关系	

通过在下方签名，我同意成为该客户的授权代表。我理解，CDWA 可以因客户护理服务的相关事宜与我联系，包括 IP 招聘、工时提交，或就业相关问题/顾虑。

授权代表签名：_____ 日期：_____

通过在下方签名，本人（即客户）指定并允许上述人员代表我行事（如上所述）。

- 本人之前指定的任何授权代表均因本文件的签署而废止，立即生效。
- 此次指定是对之前指定的授权代表的补充。

客户签名：_____ 日期：_____

请按照下方信息通过电子邮件或美国邮政服务提交：

电子邮箱：
CDWAForms@ConsumerDirectCare.com

邮寄：
Consumer Direct Care Network Washington
3450 S 344th Way, Suite 200
Federal Way, WA 98001

