



DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES  
DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION

수혜자/의뢰인 대리인의 이름과 주소

귀하,

저희 서류에 따르면 귀하가 건강관리를 결정할 수 있는 \_\_\_\_\_의 보호자 또는 위임 권한(Durable Power of Attorney, DPOA)자로 확인된 것으로 되어 있습니다. 저희가 귀하의 임무를 확인할 수 있도록 법원명령서 또는 DPOA 서류 사본을 한 부 요청합니다. DDA는 수혜자/의뢰인이 아닌 다른 사람에게 해당 서비스를 승인하기 전에 보호자 또는 DPOA 신분을 확인할 필요가 있습니다. 저희는 \_\_\_\_\_의

(CLIENT'S NAME)

다음 평가 이전에 이 서류를 받는 것이 중요합니다. 질문이 있으시면 \_\_\_\_\_(으)로 전화하십시오.

(TELEPHONE NUMBER)

현 법원명령서나 DPOA 서류를 아래에 나와 있는 DDA 사무실로 보내주시기 바랍니다.

감사합니다.

---

케이스 자원 매니저 이름과 직위

가본: 수혜자/의뢰인 파일

## **INSTRUCTIONS**

### **When do I send this form to the legal representative?**

You send this form when an individual has been identified as the legal representative for your client and you do not have a current copy of the guardianship or DPOA for healthcare document in your client's file.