

Medicaid Authorized Representative Designation/Change Request

Richiedente/beneficiario

Nome _____

Indirizzo _____

Via _____ Interno _____

Città _____ Stato _____ CAP _____

Data _____

Numero di pratica _____

Se non ha provveduto in precedenza a nominare un rappresentante autorizzato ad agire per suo conto e desidera farlo, la preghiamo di comunicarne nome e indirizzo.

Nome _____

Indirizzo _____

Via _____ Interno _____

Città _____ Stato _____ CAP _____

Telefono (____) _____ - _____ Casa Ufficio Cellulare Altro

Se ha già provveduto a nominare un rappresentante autorizzato e desidera revocare la nomina o nominare un nuovo rappresentante:

- Revoca della nomina dell'attuale rappresentante autorizzato

Nome _____

Indirizzo _____

Via _____ Interno _____

Città _____ Stato _____ CAP _____

Telefono (____) _____ - _____ Casa Ufficio Cellulare Altro

- Nomina di un nuovo rappresentante autorizzato

Nome _____

Indirizzo _____

Via _____ Interno _____

Città _____ Stato _____ CAP _____

Telefono (____) _____ - _____ Casa Ufficio Cellulare Altro

Sono consapevole che il rappresentante autorizzato da me nominato avrà accesso alle informazioni sanitarie che mi riguardano. Desidero che il mio rappresentante autorizzato (spuntare tutte le caselle pertinenti):

- Richieda e/o rinnovi Medicaid per me
 Discuta del mio caso o della mia domanda Medicaid, se necessario
 Riceva le comunicazioni e la corrispondenza

Sono consapevole che la presente nomina resterà in vigore finché non provvederò a cambiarla o a revocarla.

Firma del richiedente/beneficiario _____

Data _____