

Medicaid Authorized Representative Designation/Change Request

Solicitante/Beneficiario:

Nombre _____

Dirección _____

Calle _____ N.º de apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Fecha _____

Número de caso _____

Si usted no proporcionó anteriormente un representante autorizado para que actúe en su nombre y le gustaría hacerlo ahora, indique su nombre y dirección.

Nombre _____

Dirección _____

Calle _____ N.º de apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

N.º de teléfono (____) _____ - _____ particular laboral celular otro

Si usted proporcionó anteriormente un representante autorizado y ya no desea que lo represente o desea cambiarlo por otra persona:

Anular al representante autorizado actual:

Nombre _____

Dirección _____

Calle _____ N.º de apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

N.º de teléfono (____) _____ - _____ particular laboral celular otro

Designar a un nuevo representante autorizado:

Nombre _____

Dirección _____

Calle _____ N.º de apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

N.º de teléfono (____) _____ - _____ particular laboral celular otro

Entiendo que mi representante autorizado designado tendrá acceso a mi información médica personal. Me gustaría que mi representante autorizado (*marque todas las opciones que correspondan*):

- Solicite o renueve Medicaid por mí.
- Analice mi solicitud o caso de Medicaid, si fuera necesario.
- Reciba avisos y correspondencia.

Entiendo que esta designación permanecerá en vigor hasta que yo la cambie o anule.

Firma del solicitante/beneficiario: _____

Fecha _____