

# 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 \_\_\_\_\_