



REPRESENTANTE AUTORIZADO COBERTURA DE SALUD

Formulario del Estado 55371 (R / 5-15) / DFR 2123S



DFRAZAS01

Sección 1

Si usted desea que alguien actúe en su nombre para solicitar los beneficios y/o actuar en su nombre de manera continua, este formulario deberá ser completado. Asegúrese de escoger la(s) función(es) que los representantes están autorizados a desempeñar. Usted puede escoger más de un representante y elegir la misma función o distintas funciones. Para Cobertura de salud solamente el representante puede ser una persona o una organización. Complete UN formulario por representante autorizado. Tanto usted como su representante deben firmar y escribir la fecha en este formulario.

Sección 2

| Nombre del Representante <i>(Por favor escribir claramente en letra de molde)</i> | | |
|---|--|---|
| Marcar la relación con el solicitante/beneficiario. Por favor escoger UNA (1). | | |
| <input type="checkbox"/> Abogado | <input type="checkbox"/> Compañía de asistencia con la elegibilidad | <input type="checkbox"/> Amigo |
| <input type="checkbox"/> Institución de Residencia | <input type="checkbox"/> Administrador del caso de la renuncia | <input type="checkbox"/> Familia |
| <input type="checkbox"/> Otro <i>(especificar):</i> _____ | | |
| Dirección de correo <i>(número y calle, ciudad, estado, y código postal)</i> | | |
| | | ESCOGER LA(S) FUNCIÓN(ES) QUE DESEMPEÑARÁ EL REPRESENTANTE AUTORIZADO: |
| FUNCIÓN | DESCRIPCIÓN DE LA FUNCIÓN | COBERTURA DE SALUD |
| HACER LA SOLICITUD | <ul style="list-style-type: none"> Firmar la solicitud y ser entrevistado. Suministrar toda la prueba de información requerida necesaria para determinar la elegibilidad de beneficios. Recibir el Aviso sobre la decisión de la solicitud. Hablar en nombre del solicitante en una audiencia si la decisión sobre la solicitud es apelada. | Hacer la solicitud <input type="checkbox"/> |
| DE MANERA CONTINUA | <ul style="list-style-type: none"> Reportar los cambios. Asistir a las redeterminaciones periódicas. Recibir los avisos de cita y cualquier formulario para enviar por correo para la redeterminación. <p>NOTA: No marque esta función si el representante no continuará actuando en nombre del beneficiario después que se haya tomado una decisión sobre la solicitud.</p> | De manera continua <input type="checkbox"/> |
| Al estar de acuerdo con ser el representante autorizado Yo entiendo que se anticipa que sea conocedor de las circunstancias del solicitante/beneficiario y que esta autorización pueda ser revocada por el solicitante/beneficiario en cualquier momento. Estoy de acuerdo en mantener o estar legalmente obligado a mantener la confidencialidad de cualquier información con respecto al solicitante/beneficiario suministrada por la División de Recursos para la familia (Division of Family Resources, en inglés). | | |
| Firma | Fecha (mm/dd/aaaa) | Teléfono ((###) ###-####) |

Sección 3

| | | |
|--|---|--|
| Yo autorizo a este representante a actuar por mí ocupándose de las funciones y el proceso de elegibilidad del programa que he marcado arriba. (Si el solicitante/beneficiario está impedido médicamente para firmar la autorización, suministrar la documentación médica). Entiendo que soy responsable por la información suministrada por cualquiera que actúe como mi representante autorizado, incluyendo cualquier información que pueda ser incorrecta. También entiendo que si en algún momento deseo que la(s) persona(s) que escojo dejen de ser mi representante autorizado es mi responsabilidad comunicarme con la División de Recursos para la Familia (Division of Family Resources, en inglés). | | |
| Nombre del solicitante/beneficiario | Firma del solicitante/beneficiario | Fecha (mm/dd/aaaa) |
| Número del caso <i>(optativo)</i> | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) del Solicitante/beneficiario | Número de Seguro social del solicitante/beneficiario |
| | | XXX-XX- |