ANEXO C

Revisado 10/30/2019

Asistencia para Completar esta Solicitud

Puede seleccionar un representante autorizado.

Puede permitir a personas de confianza hablar con nosotros sobre esta solicitud, ver su información, y representar a usted en cuestiones pertinentes a esta solicitud, hasta obtener información sobre su solicitud y firmar su solicitud en nombre de usted. A esta persona se le conoce como "representante autorizado". Si en algún momento cambia a su representante autorizado, debe comunicarse con Medicaid. Si usted es representante legalmente designado de alguien en esta solicitud, entregue evidencia con la solicitud.

1. Nombre del representante autorizado (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido y Sufijo) o nombre de la organización		
2. Dirección		3. Número de apartamento o suite
4. Ciudad	5. Estado	6. Código Postal
7. Número de teléfono	8. Número de identificación (ID) (si disponible)	

Con su firma, usted autoriza a esta persona a obtener información sobre la solicitud, firmarla y a representarlo en todos los asuntos futuros relacionados con la solicitud.

9. Su firma	10. Fecha (mm/dd/aaaa)

Solamente para centros certificados de solicitar Medicaid.

1. Nombre (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido y Sufijo)	2. Fecha de solicitud (mm/dd/aaaa)
3. Nombre de la organización	4. Número de identificación (ID) (si disponible)

Para Usuarios de Confianza solamente.

Con su firma debajo, el Usuario de Confianza está de acuerdo con las condiciones de este acuerdo y acepta la responsabilidad de cumplir todas responsabilidades incluidas dentro del alcance de la representación autorizada la misma extensión del individuo representado. Y acepta mantener, o estar legalmente obligado a mantener la confidencialidad de toda información relacionado con el solicitante o beneficiario provisto por el Departamento de Salud de Louisiana. Y cumplirá con las regulaciones en 42 CFR Parte 431, Subparte F y al 45 CFR 155.260(f) (relacionado con confidencialidad de información), 42 CFR 447.10 (relacionado con la prohibición contra reasignación de demandas de proveedores como adecuado para una facilidad o una organización sirviendo por parte de la facilidad), incluso otras leyes del estado y federal relevantes que trata de conflictos de interés e información de confidencialidad.

1. Nombre (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido y Sufijo)	2. Fecha de solicitud (mm/dd/aaaa)
3. Nombre de la organización	4. Número de identificación (ID) (si disponible)
5. Firma del Usuario de Confianza	6. Fecha (mm/dd/aaaa)