

FORMULARIO PARA DESIGNAR AL REPRESENTANTE AUTORIZADO DE MEDICAID

Para el solicitante o afiliado de Medicaid

Usted puede elegir un representante autorizado

Puede dar permiso a una persona de confianza para que hable sobre su elegibilidad para Medicaid con nosotros, consulte su información y actúe en su nombre cuando se traten asuntos relacionados con su solicitud o renovación. Esta persona se denomina "representante autorizado". No tiene la obligación de nombrar a ninguna persona u organización como su representante autorizado. Si en algún momento necesita cambiar su representante autorizado, comuníquese con Medicaid. Si usted es el representante legal de un solicitante o afiliado, presente constancia ante Medicaid.

Seleccione lo que desea que su representante autorizado pueda hacer (marque todas las opciones que correspondan):

- Responder una solicitud en su nombre.
- Completar y entregar un formulario de renovación en su nombre.
- Recibir avisos y otros comunicados de Medicaid en su nombre (Si se selecciona esta opción, todo el correo se enviará únicamente a la dirección del representante autorizado.)
- Actuar en su nombre cuando se tratan todos los asuntos relacionados con su caso de Medicaid y recibir información sobre su caso de Medicaid.

1. Nombre del representante autorizado (nombre, segundo nombre, apellido y sufijo) o nombre de la organización

2. Dirección

3. Apartamento o número de suite

4. Ciudad

5. Estado

6. Código postal

7. Número de teléfono:

(___ ___) ___ ___ - ___ ___ ___

8. Número de ID (según corresponda)

Al firmar a continuación, comprendo que estoy designando al representante autorizado que mencioné anteriormente para realizar las acciones que seleccioné. Comprendo que esta designación permanecerá vigente hasta que decida cancelarla.

Comprendo que toda la información que se recopile sobre mi situación y las personas de las que soy legalmente responsable es personal y confidencial. Mi decisión de nombrar a un representante autorizado es opcional, se toma de manera voluntaria y no me exime de mi responsabilidad de participar activamente en el proceso de elegibilidad para Medicaid. Comprendo que la función del representante autorizado es acompañarme, asistirme y representarme durante el proceso de determinación de elegibilidad, y ayudarme a obtener la documentación financiera, médica o de otro tipo necesaria para que Medicaid determine mi elegibilidad para Medicaid. Comprendo que, si bien parte de la información que se recopila puede no afectar mi elegibilidad para Medicaid, puede afectar mi responsabilidad ante un tercero si es mi representante autorizado quien divulga esta información a dicho tercero. Por la presente, eximo al Departamento de Salud de Luisiana de cualquier reclamación producto de la divulgación de información a un tercero por parte de mi representante autorizado. Comprendo que si esta autorización no se firma en presencia del personal de Medicaid, este puede verificar dicha designación

9. Su nombre (nombre, segundo nombre, apellido y sufijo)

10. Nombre del solicitante o afiliado (nombre, segundo nombre, apellido y sufijo) (si firma en carácter de su representante legal)

11. Su parentesco con el solicitante o afiliado (si firma en carácter de su representante legal)

12. Número de Seguro Social (SSN) o ID del caso del solicitante o afiliado

13. Su firma

14. Fecha (mm/dd/yyyy)

Continúa en la siguiente página...



NEED HELP WITH YOUR APPLICATION? Visit www.medicaid.la.gov or call us at **1-888-342-6207**. If you need help in a language other than English, call **1-888-342-6207** and tell the customer service representative the language you need. We'll get you help at no cost to you. TTY users should call **1-800-220-5404**.

FORMULARIO PARA DESIGNAR AL REPRESENTANTE AUTORIZADO DE MEDICAID (continuación)

Para el representante autorizado

Al firmar a continuación, el representante autorizado acuerda lo siguiente: 1) aceptar la responsabilidad de cumplir con todas las responsabilidades comprendidas en el ámbito de la representación autorizada en la misma medida que la persona representada; 2) mantener, o estar legalmente obligado a mantener, la confidencialidad de cualquier información relacionada con la persona representada provista por el Departamento de Salud de Luisiana; 3) cumplir con las disposiciones del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), Parte 431, Subparte F y el Título 45 del CFR 155.260(f) (en relación con la confidencialidad de la información), el Título 42 del CFR 447.10 (en relación con la prohibición de reasignar las reclamaciones de los proveedores según corresponda a un centro o a una organización que actúe en nombre del centro), así como otras leyes estatales y federales pertinentes relacionadas con los conflictos de intereses y la confidencialidad de la información. Si el representante autorizado es una organización, esta sección se debe completar y firmar por todas las personas que actuarán en nombre de la organización y que aceptan las condiciones de este acuerdo. Al firmar a continuación, certifica bajo pena de perjurio que toda la información provista en nombre de la persona representada es verdadera y precisa a su leal saber y entender.

15. Nombre del representante autorizado (nombre, segundo nombre, apellido y sufijo) o nombre de la organización

16. Número de ID (según corresponda)

17. Nombre de la persona que actúa en nombre de la organización (nombre, segundo nombre, apellido y sufijo) (según corresponda)

18. Firma del representante autorizado o de la persona que actúa en nombre de la organización

19. Fecha (mm/dd/yyyy)

Nombre de las personas adicionales que actuarán en nombre de la organización (según corresponda):

20. Nombre de la persona que actúa en nombre de la organización (nombre, segundo nombre, apellido y sufijo)

21. Firma de la persona que actúa en nombre de la organización

22. Fecha (mm/dd/yyyy)

23. Nombre de la persona que actúa en nombre de la organización (nombre, segundo nombre, apellido y sufijo)

24. Firma de la persona que actúa en nombre de la organización

25. Fecha (mm/dd/yyyy)

26. Nombre de la persona que actúa en nombre de la organización (nombre, segundo nombre, apellido y sufijo)

27. Firma de la persona que actúa en nombre de la organización

28. Fecha (mm/dd/yyyy)

29. Nombre de la persona que actúa en nombre de la organización (nombre, segundo nombre, apellido y sufijo)

30. Firma de la persona que actúa en nombre de la organización

31. Fecha (mm/dd/yyyy)

