



## DESIGNACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO PARA LA SELECCIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA

### Información del destinatario

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial 2<sup>do</sup> nombre: \_\_\_\_\_

Identificación de Medicaid del destinatario: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del destinatario: \_\_\_\_\_

Deseo designar a la persona que aparece a continuación como mi representante autorizado a los efectos de seleccionar mi plan de atención médica administrada con la Agencia. Entiendo que parte de mi información médica protegida podría ser discutida durante este proceso de selección.

Entiendo en su totalidad que esta designación de representación autorizada solo le permitirá a mi representante tomar la decisión respecto a la selección de mi plan de atención médica administrada.

También entiendo que, al firmar y enviar este formulario, cualquier formulario de representación autorizada designado previamente ya no tendrá validez y no se puede usar para seleccionar el plan de atención médica administrada.

La designación expirará en un año o para esta fecha: \_\_\_\_\_

Representante: \_\_\_\_\_  
(Nombre en letra de molde)

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Número de identificación emitido por el gobierno: \_\_\_\_\_  
(Ejemplos: licencia de conducir, pasaporte, tarjeta verde, etc.)

Últimos 5 dígitos del número de seguro social: \_\_\_\_\_

No es necesario proporcionar el número de seguro social. Si se proporciona, la Agencia utilizará esta información para confirmar la identidad. Autoridad otorgada por 42 CFR 435.910.

Destinatario:

Testigo:

\_\_\_\_\_  
(Nombre en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
(Nombre en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
(Firma)

\_\_\_\_\_  
(Firma)

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el destinatario: \_\_\_\_\_

### **Instrucciones del formulario**

#### **Información del destinatario:**

**Apellido:** ingrese el apellido legal del destinatario.

**Nombre:** ingrese el nombre legal del destinatario.

**Inicial del segundo nombre:** introduzca la primera letra del segundo nombre legal del destinatario.

**Identificación de Medicaid del destinatario:** introduzca la identificación de Medicaid del destinatario.

**Fecha de nacimiento del destinatario:** introduzca la fecha de nacimiento del destinatario.

---

#### **Información representativa:**

**Representante:** ingrese el nombre legal del representante.

**Dirección:** ingrese la dirección postal del representante.

**Número de identificación emitido por el gobierno:** introduzca el número de identificación emitido por el gobierno del representante.

*(Si el representante no tiene una identificación emitida por el gobierno, debe pasar al siguiente paso).*

**Últimos 5 dígitos del número del seguro social:** introduzca los últimos 5 dígitos del número del seguro social de los representantes.

---

#### **Instrucciones finales:**

El destinatario y un testigo deben firmar y fechar el formulario utilizando uno de los siguientes métodos.

Correo electrónico	Fax	Correo
<a href="mailto:flenrollmentrequest@automated-health.com">flenrollmentrequest@automated-health.com</a>	(850) 402-4678	Agency for Health Care Administration P.O. Box 5197 Tallahassee, FL 32314

**Lo entiendo: tengo derecho a cancelar esta autorización** escribiéndole a la Agencia. Cualquier información divulgada previamente no estará sujeta al hecho de que cancele la solicitud. La información discutida durante la selección del plan podría revelarla la persona a quien usted autorizó y ya no estará protegida. No tengo que firmar esta autorización. Si no firmo, mi capacidad para obtener un tratamiento, el pago de servicios de atención médica ni la elegibilidad para los beneficios no se verá afectada.