



RON DESANTIS  
GOVERNOR

MARY C. MAYHEW  
SECRETARY

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

**Nombre del beneficiario:**

**Apellido:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_ **Inicial del segundo nombre:** \_\_\_\_\_

**Número de identificación de Medicaid del Beneficiario:** \_\_\_\_\_ **Año de Nacimiento del beneficiario:** \_\_\_\_\_

Deseo designar a la persona siguiente como mi representante autorizado a los efectos de la selección de mi plan de atención médica administrada.

Entiendo perfectamente que esta designación de la representación autorizada sólo permite a mi representante a que pueda tomar la decisión de salud de seleccionar mi plan de atención médica administrada.

Representante: \_\_\_\_\_  
(Nombre escrito con letra de molde)

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

Teléfono: \_\_\_\_\_

Número de identificación emitido por el gobierno: \_\_\_\_\_  
(Ejemplos: Licencia de Conducir, Pasaporte, etc.)

Los últimos 5 dígitos del número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

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

Beneficiario: \_\_\_\_\_  
(Nombre escrito con letra de molde.)

Testigo: \_\_\_\_\_  
(Nombre escrito con letra de molde)

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

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

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

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



## Instrucciones para el formulario

### Los datos del beneficiario:

**Apellido:** Escriba el apellido legal del beneficiario.

**Nombre:** Escriba el nombre legal del beneficiario.

**Inicial del segundo nombre:** Escriba la primera letra del segundo nombre legal del beneficiario.

**Número de identificación de Medicaid del Beneficiario:** Escriba el número de identificación de Medicaid del beneficiario.

**Fecha de nacimiento del Beneficiario:** Ingrese al año de nacimiento para el beneficiario.

---

### Los datos del representante:

**Representante:** Escriba el nombre legal completo del representante.

**Dirección:** Escriba la dirección de correo del representante.

**Número de identificación emitido por el gobierno:** Escriba el número de la identificación oficial emitida por el gobierno del representante.

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

**Los últimos 5 dígitos del número de Seguro Social:** Escriba los últimos 5 dígitos del número de Seguro Social del representante.

---

### Instrucciones finales:

El formulario debe ser firmado y fechado por el beneficiario y un testigo y se debe enviar mediante uno de los siguientes métodos.

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