

Nombramiento del Representante autorizado

Use este formulario para nombrar una persona u organización como su representante autorizado para Medi-Cal. Su representante autorizado podrá actuar en su nombre para todas las obligaciones relacionadas con su elegibilidad e inscripción en Medi-Cal. O, usted también puede limitar estas obligaciones. Usted puede cancelar o cambiar este nombramiento en cualquier momento.

Usted puede dar este formulario a la oficina local de su condado en persona o por correo, por teléfono o electrónicamente.

Parte A: Díganos sobre usted:

Nombre del solicitante o beneficiario:	Número de teléfono:	Número de caso (Opcional):

Dirección postal (número, calle, ciudad, estado, código postal):

Parte B: Díganos sobre el representante autorizado:

Nombre del representante autorizado (persona u organización):	Número de teléfono:

Dirección postal (número, calle, ciudad, estado, código postal):

Correo electrónico:

Parte C: Obligaciones del representante autorizado:

Ejemplos de las obligaciones del representante autorizado

- Completar y firmar la solicitud
- Completar y firmar formularios de redeterminación
- Darnos la información que pidamos
- Reportar cambios
- Elegir un plan de salud
- Ayudar con audiencias imparciales y apelaciones

Nombramiento del Representante autorizado

Díganos abajo si quiere limitar alguna obligación del representante autorizado:

¿Usted quiere que su representante autorizado reciba una copia de los avisos de Medi-Cal u otro correo que le enviemos a usted?

- No
- Sí, todos los avisos y correo
- Sí, por favor límitelos a estos tipos de avisos o correo: _____

Parte D: Lea y firme

I. Para el solicitante o beneficiario:

Al firmar abajo, nombro a la persona u organización nombrada en la Parte B como mi representante autorizado. Acepto que:

- El representante autorizado puede cumplir obligaciones a mi nombre. (Lea la Parte C).
- Esta autorización comenzará en la fecha en que yo firme este formulario.
- Mis derechos y responsabilidades **no** cambiarán porque yo tenga un representante autorizado.
- Deberé asegurarme de responder a todos los pedidos de información.
- El representante autorizado puede cancelar este nombramiento en cualquier momento.
- Yo podré contactarme con el condado que administre mi caso de Medi-Cal para cambiar o cancelar este nombramiento en cualquier momento.

II. Para el representante autorizado:

- Usted puede cancelar este nombramiento en cualquier momento contactándome con el condado que administra el caso de Medi-Cal del solicitante o beneficiario.
- Si no está de acuerdo con sus derechos y responsabilidades o no quiere ser un representante autorizado, contáctese con el condado que administra el caso de Medi-Cal del solicitante o beneficiario.
- Usted acepta mantener confidencial toda la información sobre el solicitante o beneficiario que usted reciba de Medi-Cal.

A. Para una persona nombrada representante autorizado:

- Al aceptar el nombramiento como representante autorizado usted acepta:
 - Dar una revelación de información por escrito al solicitante o beneficiario.
 - Obedecer todas las leyes estatales y federales que rigen a los representantes autorizados. Éstas incluyen sin limitación, leyes sobre

Nombramiento del Representante autorizado

privacidad de la información, reglas contra la reasignación de reclamos de proveedores y conflictos de intereses.

- Si usted es un empleado o contratista de un proveedor o institución de cuidados de salud, deberá dar al solicitante o beneficiario una revelación de información por escrito con respecto a:
 - Su empleo o contrato con el proveedor o institución de cuidados de salud.
 - Cualquier conflicto de intereses potencial que pueda existir debido a ese empleo o contrato.

B. Para una organización nombrada como representante autorizado:

- Las únicas personas que podrán cumplir con las obligaciones autorizadas en este formulario son aquellas que representen a la organización y que tengan un Acuerdo estándar de representante autorizado (MC 383), firmado en los expedientes del condado que administra el caso de Medi-Cal del solicitante o beneficiario.
- La organización debe revelar completamente por escrito al solicitante o beneficiario cualquier posible conflicto de intereses resultante de su actuación como representante autorizado de esa persona.

Aviso de confidencialidad de Medi-Cal: La información dada en este formulario es privada y confidencial de acuerdo con el Código de bienestar social e instituciones, Sección 14100.2. Esta información se revelará solamente como lo permita esta ley.

Al firmar abajo acepto y entiendo mis derechos y responsabilidades descritas arriba:

Firma del solicitante o beneficiario (obligatoria):	Fecha:

Firma de la persona nombrada como representante autorizado (opcional):	Fecha: