

Acuerdo estándar de representante autorizado para organizaciones

Este acuerdo estándar debe completarlo la persona o personas que actuarán por la organización que el solicitante o beneficiario de Medi-Cal ha nombrado como representante autorizado.

La organización debe entregar este formulario completo y firmado al condado que administra el caso de Medi-Cal del solicitante o beneficiario. Puede hacerlo por correo, teléfono, electrónicamente o en persona. Este formulario es obligatorio de acuerdo con el Código de reglamentos federales 42 CFR, Sección 435.923(e) y el Código de Bienestar social e instituciones, Sección 14014.5(k).

Díganos sobre la organización y el solicitante o beneficiario:	
Nombre de la organización:	Número de teléfono:
Dirección postal de la organización (número, calle, ciudad, estado, código postal):	
Nombre del solicitante o beneficiario:	Número de caso de Medi-Cal (opcional):
Dirección postal del solicitante o beneficiario (número, calle, ciudad, estado, código postal):	

Al firmar abajo, por este medio acepto el nombramiento de representante autorizado para la organización nombrada arriba. Entiendo y acepto que:

- Actúo como representante autorizado para la organización nombrada arriba que el solicitante o beneficiario nombró como representante autorizado. No actúo en mi capacidad como individuo.
- No tengo poder para actuar por el solicitante o beneficiario, excepto como lo especifique el solicitante o beneficiario.
- El solicitante o beneficiario puede cancelar el nombramiento en cualquier momento y nombrar otra persona u organización para actuar como su representante autorizado.
- Este acuerdo no podrá ser transferido o reasignado a ninguna persona que no sea nombrada en este formulario. Para que se permita que otro proveedor, miembro del personal o voluntario de la organización actúe como representante autorizado, deberá haber un nuevo acuerdo estándar.
- El nombramiento de un representante autorizado no debe transferirse ni reasignarse a otra persona u organización, a menos que el solicitante o beneficiario lo autorice.

Acuerdo estándar de representante autorizado para organizaciones

Al firmar abajo, certifico que:

- Obedeceré todas las leyes estatales y federales sobre representantes autorizados. Éstas incluyen sin limitación, leyes sobre confidencialidad de la información, prohibiciones contra la reasignación de reclamos de proveedores y conflictos de intereses.
- Si soy un empleado o contratista de un proveedor o institución de cuidados de salud, daré al solicitante o beneficiario una revelación de información por escrito con respecto a:
 - Mi 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.

Al firmar abajo, certifico bajo pena de perjurio bajo las leyes del estado de California que lo afirmado arriba es verdadero y correcto.

Por favor complete y firme abajo por cada persona:	
Nombre de la persona que actuará como representante autorizado:	Número de teléfono:
Firma de la persona que actuará como representante autorizado:	Fecha:

Por favor complete y firme abajo por cada persona adicional:	
Nombre de la persona que actuará como representante autorizado:	Número de teléfono:
Firma de la persona que actuará como representante autorizado:	Fecha:

Acuerdo estándar de representante autorizado para organizaciones

Por favor complete y firme abajo por cada persona adicional:	
Nombre de la persona que actuará como representante autorizado:	Número de teléfono:
Firma de la persona que actuará como representante autorizado:	Fecha: