

Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud (HIPP)

**NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE**

*(o contacto(s) adicional(es)) – (optativo)*

<b>Nombre (apellido, nombre, segundo nombre):</b>	<b>Relación u organización:</b>	Sólo contacto adicional  Autorizada para actuar en mi nombre  Ambos
<b>Dirección (calle y número, ciudad, estado, código postal):</b>		
<b>Teléfono durante el día:</b>	<b>Dirección de correo electrónico:</b>	
<b>Nombre (apellido, nombre, segundo nombre):</b>	<b>Relación u organización:</b>	Sólo contacto adicional  Autorizada para actuar en mi nombre  Ambos
<b>Dirección (calle y número, ciudad, estado, código postal):</b>		
<b>Teléfono durante el día:</b>	<b>Dirección de correo electrónico:</b>	
<b>Firma del solicitante o tutor</b>		<b>Fecha</b>

**AVISO IMPORTANTE:** Para poder ser elegibles, todos los beneficiarios de Medi-Cal tienen que asignar derechos de seguro médico, manutención u otros pagos de terceros al programa Medi-Cal y deben cooperar con el Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California (DHCS) para la obtención de apoyo médico o pagos. La asignación de derechos a beneficios sólo es efectiva para servicios pagados por el programa Medi-Cal. Esta Asignación permite que el DHCS recupere fondos de compañías de seguros de salud cuando el programa Medi-Cal paga servicios médicos que se deberían haber cobrado a otra cobertura de salud. Note que para cumplir con la Ley Federal de Privacidad (42 USC, Sección 552a), su número de Seguro Social y toda la información que nos dé podrá ser revelada a compañías de seguros, empleadores, proveedores de servicios de atención de la salud y entidades de condados para determinar la cantidad de servicio de salud disponible. Según la Sección 14100.2 del Código de Bienestar e Instituciones, toda la información que se presenta se considera confidencial y sólo se revelará en la medida en que sea necesario hacerlo para los fines de la administración del programa Medi-Cal.

**Declaración:** Declaro bajo pena de perjurio de conformidad con las leyes del Estado de California que las respuestas que di en esta solicitud y los documentos provistos son verdaderos y correctos según mi mejor conocimiento.

<b>Nombre del solicitante (impreso):</b>	<b>Firma del solicitante/tutor:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Nombre del asegurado (impreso):</b>	<b>Firma del asegurado:</b>	<b>Fecha:</b>