

# FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO



0000000000CF

## New York Medicaid Choice

1-800-505-5678 (Usuarios de TTY: 1-888-329-1541)

**Complete y firme este formulario para designar a una persona como su representante autorizado ante New York Medicaid Choice. Usted puede enviar el formulario completado for fax al (917) 228-8601 o por correo a New York Medicaid Choice, PO Box 5009, New York, NY 10274.**

### SECCIÓN 1: PERSONA QUE DESIGNA AL REPRESENTANTE. *Escriba en letra de molde.*

Nombre de la persona: (nombre, apellido) \_\_\_\_\_

ID de Medicaid: \_\_\_\_\_ Núm. de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

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

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono celular: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### SECTION 2: AUTHORIZED REPRESENTATIVE (Representante autorizado). *Please print*

Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip code: \_\_\_\_\_

Phone number ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Representative's language preference for written materials:

English  Spanish  Chinese  Russian  Haitian Creole  Korean  Italian

Firma del representante autorizado: \_\_\_\_\_

\* If the signature is of the legal representative, describe the authority to act in that capacity (e.g., guardianship, committee for an incompetent, power of attorney, health care proxy, etc.), in the space below, or if necessary, attach additional pages.

### SECCIÓN 3: FIRMA

■ Al firmar más abajo, doy a New York Medicaid Choice permiso para revelar información en relación con mis decisiones de inscripción y desinscripción en cuidados administrados a la persona nombrada en la **Sección 2** como se indique abajo:

*Por favor marque todo lo aplicable.*

Medicaid  Medicaid-Medicare  Información de salud protegida

■ Me gustaría que envíen mi correo de New York Medicaid Choice:

Sólo a mí  A mí y a mi representante  Sólo a mi representante

■ Plazo autorizado para la revelación de información:

De: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

■ Entiendo que esta aprobación es voluntaria. Puedo retirar esta aprobación en cualquier momento antes de la fecha "a:" anotada arriba, avisando a New York Medicaid Choice por escrito o llamando al **1-800-505-5678**. Verificaremos el retiro de consentimiento dado a un representante legal.

Entiendo que si la persona aprobada para recibir la información no es un plan de salud o proveedor de cuidados de salud, es posible que la información revelada ya no esté protegida bajo los reglamentos federales de privacidad. También entiendo que el formulario de designación de representante autorizado se usa en relación con las opciones de cuidados administrados.

Firma de la persona: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_