

Formulario de representante autorizado

HW2019 | Rev. 08/2019

Puede autorizar a una persona de confianza, como un amigo, compañero, asistente social de un tercero o una organización, para hablar sobre esta solicitud con nosotros, ver su información y representarlo en todos los asuntos relacionados con esta solicitud, incluyendo la obtención de información sobre su solicitud y la firma de su solicitud o información de renovación en su nombre. A esta figura se le llama "representante autorizado".

Si alguna vez necesita cambiar su representante autorizado o revocar el acceso a su información, comuníquese con el departamento para completar un nuevo formulario de representante autorizado o para actualizar su información sobre quién puede acceder a su cuenta.

Si es un representante designado legalmente para alguien en esta solicitud, debe enviar pruebas de ello, como un poder legal, junto con la solicitud.

Háblenos de usted

1. Nombre	Primer	Segundo	Apellido		
2. Número de seguro social					
3. Fecha de nacimiento					

Díganos a quién desea nombrar como su representante autorizado

1. Nombre	Primer	Segundo	Apellido			
2. Relación con el solicitante						
3. Dirección de correo	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Condado	
4. Teléfono			Tipo de teléfono	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Celular
5. Correo electrónico						

Complete esta sección para que una organización sea su representante autorizado

1. Nombre de la organización					
2. ID de la organización (si aplica)					
3. Dirección de correo	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
4. Teléfono					
5. Correo electrónico (si aplica)					

Firma

Como representante autorizado, entiendo que estoy de acuerdo con mantener la confidencialidad de cualquier información sobre el solicitante o beneficiario proporcionada por el Departamento de Salud y Bienestar. Para los programas de cuidados de la salud, entiendo que cualquier persona que a sabiendas y deliberadamente use o divulgue información en violación de la sección 1411(g) de la Ley de Cuidados de la Salud Asequible estará sujeta a un CMP de no más de \$25 000 como se ajusta anualmente de conformidad con la parte 102 del título 45 del CFR por persona o entidad, por uso o divulgación, de acuerdo con las bases y el proceso de imposición de penalidades civiles especificados en la sección 155.285, además de otras penalidades que puedan ser prescritas por la ley.

Nombre en letra de molde del representante autorizado (En el caso de una organización, proporcione el nombre de alguien que atestigüe los términos y condiciones de este formulario)	Firma del representante autorizado	Fecha
Nombre impreso del solicitante	Firma del solicitante	Fecha