

**Departamento de Salud
Programa Medicaid
REPRESENTANTE AUTORIZADO**

Sección 1

Instrucciones: Complete y firme este formulario si desea autorizar a otra persona (que no sea usted) para que actúe en su nombre al solicitar los beneficios del Programa Medicaid. La persona que usted autoriza para actuar como su representante debe firmar, escribir la fecha y proporcionar su dirección (física o postal) en este formulario. Debe marcar las casillas para las gestiones a las cuales usted le permite al representante autorizado a actuar en su nombre.

Sección 2

Nombre del Representante Autorizado		Dirección	
Seleccione la relación con el solicitante. Por favor, selecciones una (1)			
<input type="checkbox"/> Abogado		<input type="checkbox"/> Departamento de la Familia	
<input type="checkbox"/> Institucional		<input type="checkbox"/> Amigo	
		<input type="checkbox"/> Familiar	
		<input type="checkbox"/> Tutor*	
		<input type="checkbox"/> Otro (explique)	
Acción	Descripción	Verifique las funciones para las cuales el representante está autorizado	
Solicitar	<ul style="list-style-type: none"> Firmar la solicitud y realizar la entrevista. Proporcionar toda la información necesaria para determinar la elegibilidad Recibir el resultado de la decisión de la solicitud. Hablar en su nombre en una audiencia si la decisión es apelada 	Solicitar	<input type="checkbox"/>
Continuidad	<ul style="list-style-type: none"> Informe de cambios Asistir a las citas de reevaluación del Programa Medicaid. Coordinar citas con el Programa Medicaid Recibir avisos de citas y reevaluaciones del Programa Medicaid <p><i>NOTA: No seleccione esta descripción si el representante no va a seguir actuando a su nombre.</i></p>	Continuidad	<input type="checkbox"/>

Firmando este formulario acepto la representación antes mencionada, sé las circunstancias del solicitante / beneficiario y que esta autorización puede ser revocada por el solicitante / beneficiarios en cualquier momento (se debe presentar documentación médica si el solicitante / beneficiario no puede firmar este formulario). Entiendo y acepto la confidencialidad de toda la información relacionada con el solicitante / beneficiario.

Firma del Representante Autorizado	Fecha (día/mes/año)	Teléfono

Sección 3

Yo, _____ autorizo a este representante a actuar en mi nombre para la funciones y procesos de elegibilidad, que he seleccionado anteriormente. (Si el solicitante / beneficiario no puede firmar esta autorización, proporcione la documentación médica que así se indique). Entiendo que soy responsable de cualquier información proporcionada por cualquier persona que actúe como mi representante autorizado, incluida cualquier información incorrecta. También, entiendo que es mi responsabilidad comunicarme con la Oficina de Medicaid de Puerto Rico si en algún momento deseo cambiar a la persona que selecciono como representante autorizado.

Nombre del solicitante/beneficiario	Firma del solicitante/beneficiarios	Fecha (día/mes/año)
Número de MPI	Fecha de Nacimiento del solicitante/beneficiario	Número de Seguro Social del solicitante/beneficiario