Usuario autorizado
Authorized User

Nombre del beneficiario
Número de identificación de WA Cares (si lo conoce)

¿Qué es un usuario autorizado?

Un usuario autorizado es una persona que usted elige y al que le permite acceder a su cuenta del Fondo WA Cares para que le ayude, siguiendo sus instrucciones expresas y con su total conocimiento, consentimiento y control.

¿Qué puede hacer un usuario autorizado?

Con el conocimiento y consentimiento de usted, siguiendo sus instrucciones específicas y bajo el control de usted, un usuario autorizado puede:

- Obtener acceso a su cuenta en línea de WA Cares usando su propio nombre de usuario y contraseña.
- Ayudarle a obtener acceso y utilizar su cuenta en línea de WA Cares, lo que incluye rellenar solicitudes y formularios en línea y hacer selecciones de beneficios de WA Cares en la cuenta de WA Cares de usted, utilizando su propio perfil de usuario.
- Obtener acceso a su información protegida conforme a la HIPAA, que está disponible en su cuenta de WA Cares.
- Comunicarse con WA Cares respecto a su solicitud, sus beneficios y sus servicios de WA Cares.

Un usuario autorizado no puede:

- Administrar sus beneficios de WA Cares por usted o tomar decisiones acerca de su solicitud, sus beneficios y sus servicios de WA Cares sin el conocimiento, la aceptación, el consentimiento o el control de usted.
- Firmar en nombre de usted solicitudes, formularios o declaraciones, o celebrar en nombre de usted cualquier tipo de acuerdo con cualquier persona, incluido el Departamento de Servicios Sociales y de Salud o proveedores de cuidado a largo plazo o servicios médicos.
- Aprobar las autorizaciones previas de servicios que le preste directamente a usted.

¿Debo tener un usuario autorizado?

No, no está obligado a tener un usuario autorizado? Asignar un usuario autorizado es opcional, y no afectará a sus beneficios ni su elegibilidad. Puede eliminar a un usuario autorizado en cualquier momento, desde su cuenta en línea de WA Cares o poniéndose en contacto con WA Cares.

¿Un usuario autorizado es un representante legal?

Un usuario autorizado no es un representante legal. A diferencia de un representante legal, un usuario autorizado solamente puede ayudarle siguiendo sus instrucciones expresas y no puede tomar decisiones sobre su solicitud, sus beneficios, los servicios que recibe o los proveedores de los que recibe esos servicios. WA Cares no aceptará la firma, la declaración o el consentimiento de un usuario autorizado en lugar del beneficiario sin documentación legal.

Si desea designar a alguien para que tenga facultades para tomar decisiones en su nombre, debe entregar documentos legales que demuestren el nombramiento de esa persona como su representante legal. Puede usar su propio formulario, o bien un formulario de poder notarial limitado para beneficios del Fondo WA Cares.

¿Qué debo hacer si ya tengo un representante legal?

Si ya tiene un representante legal, puede entregar una copia de sus documentos legales a WA Cares. WA Cares debe tener en su expediente una copia de los documentos legales para que su representante legal pueda administrar sus beneficios en su nombre.

Usuario autorizado
Authorized User

Nombre del beneficiario
Número de identificación de WA Cares (si lo conoce)

Rellene y envíe este formulario:	**Información que necesitará:**
Hay tres maneras de rellenar y enviar: **Por internet:** Puede rellenar y firmar una versión electrónica en su cuenta de WA Cares. **Carga:** Rellene y firme este formulario. Cárguelo a su cuenta en línea de WA Cares. **Envíelos por correo postal a:** DSHS The WA Cares Fund PO Box 45612 Olympia, WA 98504-5612	• Su nombre completo • Su dirección y número de teléfono • Su número de identificación de WA Cares (si lo conoce) • El nombre completo y la información de contacto de su usuario autorizado. **Necesito ayuda con este formulario:** Llame a WA Cares para recibir ayuda: **Llame al:** 844-CARE4WA (844-227-3492) **Visite:** www.wacaresfund.wa.gov **Asistencia lingüística disponible:** • Servicios de intérpretes de lenguajes • Servicios de lengua de señas • Braille • Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-800-833-6384

Información del beneficiario

Nombre completo	Número de teléfono	Número de identificación de WA Cares	
Calle y número	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal (opcional)	Ciudad	Estado	Código postal

Información del usuario autorizado

Nombre completo	Número de teléfono	Número de identificación de WA Cares	
Calle y número	Ciudad	Estado	Código postal

¿Durante cuánto tiempo desea que su usuario autorizado le ayude?

☐ Un año ☐ Período indefinido ☐ Hasta una fecha específica:

Privacidad

Las restricciones de la HIPAA y otras leyes de privacidad prohíben que WA Cares entregue información confidencial sobre las cuentas o información médica protegida de un beneficiario a cualquier persona, a menos que el beneficiario le haya concedido a WA Cares su permiso específico para proporcionar dicha información.

Al designar un usuario autorizado con este formulario, usted concede su permiso para que WA Cares proporcione a su usuario designado autorizado la información protegida por la HIPAA, incluida información médica e información confidencial de la cuenta, así como información referente a las solicitudes de WA Cares y los beneficios de WA Cares.

Usuario autorizado
Authorized User

Nombre del beneficiario
Número de identificación de WA Cares (si lo conoce)

Autorización

Al firmar este aviso reconozco que:

Nombro a la persona antes mencionada como mi usuario autorizado para que me ayude con mis beneficios de WA Cares, solamente de las maneras descritas en el presente documento.

La persona antes mencionada no es mi representante legal y no puede tomar decisiones acerca de mi cuenta o mis beneficios de WA Cares en mi nombre sin documentos legales que demuestren que la persona tiene facultades para hacerlo.

WA Cares no aceptará la firma, la declaración o el consentimiento de la persona antes mencionada para realizar cualquier acción en mi nombre, en ausencia de documentos legales que demuestren que la persona tiene facultades para hacerlo.

WA Cares tiene permitido entregar mi información confidencial a la persona antes mencionada, incluida la información referente a mi solicitud y mis beneficios de WA Cares y mi información médica relacionada.

Esta autorización vencerá en la fecha antes especificada o cuando yo ya no tenga la capacidad para dar instrucciones al usuario autorizado.

Si el solicitante no es capaz de firmar, puede marcar con una "X" y debe firmar en presencia de un testigo. Si será firmado por un representante legal, deben entregarse los documentos correspondientes a WA Cares.

Firma del solicitante	Fecha	Nombre en letra de molde	Ciudad y estado donde firmó
Firma del representante legal (si corresponde)	Fecha	Nombre en letra de molde	Ciudad y estado donde firmó
Firma del testigo (si se firmó con una X)	Fecha	Nombre en letra de molde	Ciudad y estado donde firmó