Representante autorizado
Authorized Representative

Un representante autorizado es alguien que selecciona para que lo represente cuando solicita o recibe beneficios del Department of Social and Health Services (Departamento de Servicios Sociales y de Salud, DSHS) o la Health Care Authority (Autoridad de Atención Médica, HCA). La persona o la organización que nombra está autorizada para actuar en su nombre para fines de elegibilidad. Tener un representante autorizado es opcional; el DSHS o la HCA no le pueden negar los beneficios si no firma este formulario.

Información del cliente

NOMBRE	NÚMERO DE IDENT. DEL CLIENTE EN ACES

Información sobre el representante autorizado

NOMBRE	ORGANIZACIÓN Y DEPARTAMENTO (SI CORRESPONDE)	NÚMERO DE TELÉFONO (CÓDIGO DE ÁREA)

DIRECCIÓN POSTAL	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

Información sobre el programa y la duración

¿En qué programa(s) desea que su representante autorizado actúe en su nombre? Marque todas las que correspondan.

☐ Prestaciones económicas ☐ Beneficios de Basic Food ☐ Cobertura de atención médica
☐ Servicios y Asistencia a largo plazo

¿Durante cuánto tiempo desea que su representante autorizado actúe en su nombre?

☐ 90 días ☐ De forma permanente

Los representantes permanentes para efectivo y alimentos básicos terminan al final de cada período de certificación. Los representantes para cobertura médica terminan cuando se lo solicita o cuando la persona o su representante muere. En todos los programas, puede eliminar o cancelar su solicitud para un representante autorizado en cualquier momento, verbalmente o por escrito, sin que esto afecte sus beneficios.

Información de correspondencia

Marque el nivel de información o beneficios que desea que su representante autorizado reciba.

	For Department Use Only (Solo para el uso del Departamento) **Rep Type**
Para efectivo, Basic Food, cobertura de atención médica o Long-Term Services and Supports (Servicios y asistencia a largo plazo)(marque solo una de las cuatro casillas a continuación)	
☐ Analizar mi elegibilidad para los beneficios con un representante del DSHS/de la HCA y no recibir cartas.	**NC**
☐ Recibir cartas del DSHS/de la HCA y analizar mi elegibilidad para los beneficios.	**NO**
☐ Recibir cartas del DSHS/de la HCA, formularios de renovación y analizar mi elegibilidad para los beneficios.	**AD**
☐ Recibir cartas del DSHS/de la HCA, formularios de renovación, tarjetas de ProviderOne y analizar mi elegibilidad para los beneficios. Su representante recibirá sus prestaciones económicas del DSHS.	**NA**
Solo para cobertura de atención médica (marque cualquiera de las casillas si corresponde)	
☐ Representante del hospital: recibir cartas y analizar mi elegibilidad para los beneficios.	**HO**
☐ Patrocinador que paga las primas. El nombre y el domicilio del patrocinador se envían a la Oficina de Recuperación Financiera.	**SB**

Autorización del cliente

AUTORIZADO POR (FIRMA DEL CLIENTE) **FECHA DE FIRMA**	NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA	NÚMERO DE TELÉFONO (CÓDIGO DE ÁREA)

NOTA: Las restricciones de la HIPAA nos impiden analizar la información de salud individual del cliente con el representante autorizado a menos que el representante tenga el poder notarial del cliente o el cliente haya firmado un formulario de Consentimiento DSHS 14-012. Esto incluye la divulgación de información de salud mental, resultados de pruebas de ETS y de VIH/sida o tratamientos y servicios de dependencia de sustancias.

For Department Use Only - Instructions (Solo para el uso del Departamento - Instrucciones)

Rep Type – ACES does not limit the Rep Type selections to the codes listed above. If a program requires a Rep Type not listed above or if one of the above codes is selected but is not appropriate for the situation (such as for a group home, protective payee, etc.) enter the appropriate program specific Rep Type on the AREP screen.

Barcode label

14532