

## Representante autorizado

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			
<p>¿En qué programa(s) desea que su representante autorizado actúe en su nombre? Marque todas las que correspondan.  <input type="checkbox"/> Prestaciones económicas   <input type="checkbox"/> Beneficios de alimentos básicos   <input type="checkbox"/> Cobertura de atención médica   <input type="checkbox"/> Cobertura de atención a largo plazo</p> <p>¿Durante cuánto tiempo desea que su representante autorizado actúe en su nombre?   <input type="checkbox"/> 90 días   <input type="checkbox"/> De forma permanente</p> <p>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.</p>			
Información de correspondencia			
<p>Marque el nivel de información o beneficios que desea que su representante autorizado reciba.  <b><u>Para efectivo, alimentos básicos, cobertura de atención médica o Long-Term Care (atención a largo plazo) (marque solo una de las cuatro casillas a continuación)</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Analizar mi elegibilidad para los beneficios con un representante del DSHS/de la HCA y no recibir cartas. ....</p> <p><input type="checkbox"/> Recibir cartas del DSHS/de la HCA y analizar mi elegibilidad para los beneficios. ....</p> <p><input type="checkbox"/> Recibir cartas del DSHS/de la HCA, formularios de renovación y analizar mi elegibilidad para los beneficios. ....</p> <p><input type="checkbox"/> 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. ....</p> <p><b><u>Solo para cobertura de atención médica (marque cualquiera de las casillas si corresponde)</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Representante del hospital: recibir cartas y analizar mi elegibilidad para los beneficios. ....</p> <p><input type="checkbox"/> Patrocinador que paga las primas. El nombre y la dirección del patrocinador se envían a la Oficina de Recuperación Financiera. ....</p>			<p>SOLO PARA EL USO DEL DEPARTAMENTO <b>Tipo de repr.</b></p> <p><b>NC</b></p> <p><b>NO</b></p> <p><b>AD</b></p> <p><b>NA</b></p> <p><b>HO</b></p> <p><b>SB</b></p>
Autorización del cliente			
AUTORIZADO POR (FIRMA DEL CLIENTE)    FECHA DE FIRMA		NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA	NÚMERO DE TELÉFONO (CÓDIGO DE ÁREA)
<p>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 <a href="#">DSHS 14-012. Consent form</a>. Esto incluye la divulgación de información de salud mental, resultados de pruebas de STD y de HIV/AIDS o tratamientos y servicios de dependencia de sustancias.</p>			
Solo para el uso del departamento - Instrucciones			
<p><b>Tipo de repr.: ACES no limita las opciones de tipos de repr. a los códigos que se mencionan anteriormente. Si un programa requiere un tipo de repr. que no se menciona anteriormente o si se selecciona uno de los códigos que aparecen arriba, pero no es adecuado para la situación (como para un hogar grupal, beneficiario de protección, etc.), ingrese el tipo de repr. adecuado específico del programa en la pantalla del AREP.</b></p>			

