

Representante Autorizado Authorized Representative

Un representante autorizado es alguien a quien usted designa para representarlo cuando aplica para los beneficios o recibe beneficios del Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS) o la Autoridad de Atención Médica de Washington (HCA). Este individuo u organización está autorizado para actuar en su representación para propósitos de elegibilidad. Tener un representante autorizado es opcional; DSHS o HCA no puede retener los beneficios si usted no firma este formulario.

Información del cliente			
NOMBRE		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN ACES DEL CLIENTE	
Información del Representante Autorizado			
NOMBRE	ORGANIZACIÓN Y DEPARTAMENTO (SI CORRESPONDE)	NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA CÓDIGO DE ÁREA)	
DIRECCIÓN POSTAL	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
Información del Programa y la Duración			
<p>¿En qué programas desea que su representante autorizado actúe en su nombre? Marque todo lo que corresponda:</p> <p><input type="checkbox"/> Beneficios en efectivo <input type="checkbox"/> Beneficios de alimentos básicos <input type="checkbox"/> Cobertura de atención médica</p> <p><input type="checkbox"/> Cobertura de atención a largo plazo</p> <p>¿Por cuánto tiempo desea que su representante autorizado actúe en su representación?</p> <p><input type="checkbox"/> 90 días <input type="checkbox"/> Fin del periodo de certificación (usualmente un año)</p> <p>Usted puede retirar o revocar su solicitud para un representante autorizado en cualquier momento, de forma oral o por escrito, sin tener impacto alguno en los beneficios.</p>			
Información de correspondencia			
<p>Por favor revise el nivel de información o beneficios que desea que su representante autorizado reciba.</p> <p><u>Para beneficios en efectivo, beneficios de alimentos básicos, beneficios de cobertura de atención médica o beneficios de atención a largo plazo (marque sólo uno de los cuatro casilleros a continuación)</u></p> <p><input type="checkbox"/> Discutir mi elegibilidad para los beneficios con un representante DSHS/HCA y no recibir cartas.</p> <p><input type="checkbox"/> Recibir cartas de DSHS/HCA y discutir mi elegibilidad para los beneficios.</p> <p><input type="checkbox"/> Recibir cartas de DSHS/HCA, formularios de renovación y discutir mi elegibilidad para los beneficios.</p> <p><input type="checkbox"/> Recibir cartas de DSHS/HCA, formularios de renovación, pagos, tarjetas de identificación de ProveedorUno y discutir mi elegibilidad para los beneficios.</p> <p><u>Sólo para beneficios de cobertura de atención médica (marque cualquiera de los casilleros si corresponde)</u></p> <p><input type="checkbox"/> Representante hospitalario – recibir cartas y discutir mi elegibilidad para los beneficios.....</p> <p><input type="checkbox"/> Primas pagadas por el patrocinador. Nombre y dirección del patrocinador enviados a la Oficina de Recuperación Financiera.....</p>			<p>FOR DEPARTMENT USE ONLY Rep Type</p> <p>NC</p> <p>NO</p> <p>AD</p> <p>NA</p> <p>HO</p> <p>SB</p>
Autorización del Cliente			
AUTORIZADO POR (FIRMA DEL CLIENTE)	FECHA DE LA FIRMA	NOMBRE EN LETRA IMPRENTA	NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA CÓDIGO DE ÁREA)

NOTA: Las restricciones HIPAA evitan que nosotros discutamos la información individual de salud del cliente con el representante autorizado a menos que el representante tenga un poder legal para el cliente o el cliente haya firmado un [Formulario de Consentimiento DSHS 14-012](#). Esto incluye divulgación de información sobre la salud mental, resultados de exámenes de VIH/SIDA y de ETS o tratamiento y servicios de dependencia química.

FOR DEPARTMENT USE ONLY INSTRUCTIONS

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.

DSHS 14-532 SP (REV. 11/2014) Spanish

Barcode label



14532