



Representante Autorizado

CLIENTE:	ID PERSONAL DE HEAPLUS:	ID DE LA SOLICITUD:
----------	-------------------------	---------------------

Instrucciones: Complete este formulario para agregar a una persona u organización como su representante autorizado para su solicitud. Es posible que se requieran firmas en la página siguiente.

Nombre del Representante:		
¿El representante actúa en nombre de una organización? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre de la organización:		
¿Es el representante su tutor legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Fecha de nacimiento del representante (opcional):		
Dirección Postal del Representante:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Número de Teléfono del Representante:	Este número es: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Mensaje <input type="checkbox"/> Otro:	
Otro Número de Teléfono del Representante:	Este número es: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Mensaje <input type="checkbox"/> Otro:	
¿Cuál es el idioma que prefiere HABLAR el representante?	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:	
¿Cuál es el idioma en el prefiere ESCRIBIR el representante?	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:	
A mi representante le gustaría recibir información sobre esta aplicación por: (Alertas de correo electrónico y de texto no están disponibles para las aplicaciones de ALTCS) Correo electrónico: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dirección de correo electrónico:		
Texto: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Número para texto (se aplican las tarifas estándares para textos):		
Si no marca 'Sí' para Correo electrónico o Texto, toda la información de esta aplicación se enviará por el correo de los Estados Unidos a la dirección postal proporcionada la dirección postal proporcionada .		

(Continúa en la siguiente página)

<p>Al firmar a continuación, yo, el cliente, doy permiso a la persona mencionada arriba para que actúe en mi nombre en el proceso de determinación de mis derechos a Asistencia Médica de AHCCCS, ayudarme con costos de Medicare, Asistencia Nutricional, Asistencia en Efectivo, y/o Control de Tuberculosis. Por lo tanto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Doy permiso para que mi representante complete y firme mi aplicación. • Doy permiso para que mi representante proporcione cualquier documento solicitado, incluyendo información personal. • Doy permiso para que mi representante firme en mi nombre para permitir que otras personas, negocios, o agencias suministren información personal sobre mí a DES y/o AHCCCS, incluyendo información protegida de salud que se necesite para determinar si estoy discapacitado. • Estoy de acuerdo en dar le información sobre mis circunstancias personales a mi representante. • Estoy de acuerdo en permitir que mi representante le asigne todos mis derechos a reclamaciones de reembolsos médicos a AHCCCS en mi nombre. 	<p>Al firmar a continuación, yo, el representante, acepto actuar en nombre del cliente. También acepto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener la confidencialidad de cualquier información sobre el solicitante o beneficiario proporcionada por la agencia. • Proporcionar información completa y verdadera bajo pena de perjurio. • Llenar y firmar los formularios necesarios. • Obtener y darle a DES y/o AHCCCS toda la información necesaria para determinar si el cliente tiene derecho a costos de cuidados de salud, ayuda con costos de Medicare, Asistencia Nutricional, Asistencia en Efectivo, y/o Control de Tuberculosis, tales como el número de Seguro Social del cliente, ingresos, bienes, ciudadanía, residencia, seguro médico e información sobre el cónyuge del cliente, niños menores de edad y padres (si el cliente es un niño menor de edad). • Informar le a DES y/o AHCCCS de inmediato si el cliente: <ul style="list-style-type: none"> • Tiene un aumento o disminución de ingresos; • Tiene un aumento o disminución de bienes; • Cambia la propiedad de los bienes, incluyendo apertura o cierre de cuentas financieras; • Cambia de dirección; o • Tiene un cambio en el seguro de salud o la cantidad de primas pagadas.
---	---

Si se determina que tengo derecho, esta autorización permanecerá vigente hasta que yo o mi representante le informemos a ustedes que se suspende la autorización. Esta autorización caducará cuando mi aplicación de asistencia se retira o se niega, o cuando mis derechos se terminan. Sin embargo, esta autorización continuará mientras estoy reclamando mis derechos en una audiencia administrativa o procedimiento judicial

NOMBRE DE CLIENTE EN LETRA DE MOLDE	NOMBRE DE REPRESENTANTE
FIRMA DE CLIENTE	FIRMA DE REPRESENTANTE
FECHA	FECHA
NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DE TESTIGO (sólo hará falta si cliente firmó con marca)	NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN REPRESENTATIVA (cuando corresponda)

No se necesita la firma del cliente cuando AHCCCS ya ha aceptado la autorización con:

- un documento judicial o POA para que la persona u organización actúe en nombre del cliente;
o
- un formulario de Representante autorizado anterior (DE-112) que designa a la organización de la persona como representante.