

FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO

Yo, _____ por la presente autorizo a la siguiente persona o
(Nombre del solicitante)

compañía para que sea mi Representante Autorizado en mi solicitud para recibir beneficios de Medicaid que presenté ante la Agencia de Determinación de Elegibilidad (Eligibility Determining Agency; EDA) o la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud de New Jersey (New Jersey Division of Medical Assistance and Health Services; DMAHS) y en todas las revisiones de mi elegibilidad. Autorizo a mi representante a que tome cualquier acción que pueda ser necesaria para establecer mi elegibilidad para inscribirme en NJ FamilyCare.

Nombre del representante: _____

Compañía: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número telefónico: _____
(codigo de area)

inicial

Mi decisión de designar un Representante Autorizado es voluntaria y tomada libremente. Entiendo que firmar este documento no me libera de mi responsabilidad de participar en el proceso de elegibilidad de NJ FamilyCare, lo que incluye proporcionar información y documentos.

inicial

Entiendo que, como consecuencia de esta autorización, la DMAHS y la EDA correspondiente pueden dar a conocer información al Representante Autorizado, incluido mi número de Seguro Social, estados de cuenta financieros, información médica y las razones para la denegación.

inicial

El Representante Autorizado me ha informado completamente por escrito de conflictos de interés reales o potenciales que pueden existir entre la entidad arriba nombrada y yo. Por la presente, renuncio a los posibles conflictos de interés. Si no hay ningún conflicto de interés, el Representante Autorizado tiene que poner ese hecho por escrito.

inicial

Entiendo que la información compartida con el Representante Autorizado podría afectar mi responsabilidad ante un tercero, incluir al Representante Autorizado y darse a conocer a otras personas. Por la presente libero de toda responsabilidad a la DMAHS y EDA por cualquier reclamación o acción que surja de que mi Representante Autorizado use o dé a conocer la información.

 **FIRME AL DORSO** 

Signatures

- _____
inicial Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando al Representante Autorizado y la EDA por escrito..
- _____
inicial Entiendo que, mientras esta autorización esté vigente, todos los avisos/toda la correspondencia que envíe la DMAHS y la EDA correspondiente sólo se enviará al Representante Autorizado.
- _____
inicial Entiendo que ni el Estado de New Jersey ni la EDA cobran de forma alguna para presentar la solicitud para la inscripción en NJ FamilyCare.

Firma del solicitante en NJ FamilyCare
o de la persona que otorga la autoridad

Fecha (mm/dd/aaaa)

Relación (la persona en sí, tutor, etc.)

Testigo

Fecha (mm/dd/aaaa)

Nombre con letra de molde

Firma del representante autorizado

Título (si es empleado de una compañía
autorizada)

Nombre con letra de molde

Fecha (mm/dd/aaaa)

Testigo

Fecha (mm/dd/aaaa)

Nombre con letra de molde

**Este formulario no tiene efecto alguno a menos que esté presenciado ante testigo
y firmado por la persona que otorga la autoridad y el Representante
Autorizado o agente de la compañía designada para ser el Representante Autorizado.**