

Nombre del solicitante/miembro de Medicaid	Número de Seguro Social
--	-------------------------

**Designación de un Representante Autorizado**

**¿Desearía que alguien lo represente en todos los asuntos relacionados con su caso?**  
 Puede otorgar a una persona de confianza o a una organización el permiso para hablar sobre su solicitud con nosotros, ver su información y actuar por usted en asuntos relacionados con su solicitud, incluyendo obtener información sobre su solicitud y firmarla en su nombre. Esta persona también puede actuar por usted en otros asuntos, que incluyen revisiones, apelaciones y procesos de atención administrada. Esta persona se llama "representante autorizado". El funcionario de Medicaid encargado de determinar la elegibilidad puede divulgar cualquier información relacionada con su solicitud / revisión y estado a su representante autorizado o a cualquier miembro de la organización que se indica en este formulario. Más de una persona u organización puede servir como su representante autorizado.

Usted puede designar, retirar o cambiar a un representante autorizado en cualquier momento. Si necesita cambiar su representante autorizado, comuníquese con Healthy Connections. Si usted es un representante legalmente designado por alguien en esta solicitud, no necesita completar esta sección.

Nombre del Representante Autorizado (Nombre, Segundo nombre, Apellido)	<input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> Agregado <input type="checkbox"/> Quitar a esta persona u organización como mi representante autorizado	
Dirección del Representante Autorizado (Deje en blanco si no cuenta con una).	Número de apartamento u oficina	
Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono del Representante Autorizado	Otro número de teléfono	
Dirección de correo electrónico del Representante Autorizado		
Nombre de la organización (si corresponde)	Unidad* (si corresponde)	Número de identidad (si corresponde)
*Es mejor identificar una unidad específica para organizaciones grandes.		

**Permiso para divulgar información**

**¿Hay alguien con quien desee que compartamos información acerca de su solicitud?**  
 Al completar esta sección, puede dar permiso a la siguiente persona para recibir información sobre su solicitud / caso, pero no tendrá la capacidad de actuar en su nombre como un representante autorizado. También puede dar permiso a SCDHHS para divulgar información acerca de esta solicitud a esta persona u organización adicional.

Nombre de la persona / organización	Teléfono		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Unidad (si corresponde)	Número de identidad (si corresponde)		

Firma del solicitante /miembro de Medicaid	Fecha (dd/mm/aaaa)
--	--------------------

Si firma con una "X", haga que dos personas firmen abajo como testigos.

Testigo: \_\_\_\_\_ Testigo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ El miembro está incapacitado y no puede firmar. SCDHHS se reserva el derecho a verificar la incapacidad del miembro para firmar. Indique el motivo:

**Envíe por correo su formulario firmado a: SCDHHS - Central Mail, PO Box 100101, Columbia, SC 29202-3101 Fax: (888) 820-1204**