

Usted puede permitirle a una persona de confianza que hable acerca de su solicitud con nosotros, vea su información y actúe en su nombre en cuestiones relacionadas con su solicitud, incluido obtener información sobre su solicitud y firmar su solicitud en su nombre. Esta persona también puede actuar en su nombre en otras cuestiones que incluyen revisiones, apelaciones y procesos de atención administrada. Esta persona se denomina "representante autorizado". El trabajador de elegibilidad de Medicaid puede divulgar cualquier información relacionada con su solicitud/visión y estado a su representante autorizado o a cualquier miembro de la organización indicada en este formulario.

Si alguna vez necesita cambiar su representante autorizado, comuníquese con Healthy Connections. Si usted es un representante legalmente asignado por alguien en esta solicitud, presente una prueba con la solicitud.

1. Nombre del solicitante/miembro de Medicaid	2. Número de seguro social
-----------------------------------------------	----------------------------

Información sobre el representante autorizado			
3. Nombre del representante autorizado (nombre, segundo nombre, apellido)			
4. Dirección del representante autorizado (si no posee, deje el espacio en blanco).			5. Número de departamento o suite
6. Ciudad	7. Estado	8. Código postal	
9. Número de teléfono del representante autorizado		10. Otro número de teléfono	
11. Nombre de la organización (si corresponde)		12. Número de identificación (si corresponde)	

Por favor, imprima este formulario y luego firme en la línea que se encuentra abajo antes de presentarlo. Al firmar, permite que la persona nombrada anteriormente firme su solicitud, obtenga información oficial sobre esta solicitud y actúe en su nombre en todas las cuestiones futuras con esta agencia.

13. Firma del solicitante/miembro de Medicaid	14. Fecha (dd/mm/aa)
-----------------------------------------------	----------------------

Si firma con una "X", dos personas deben firmar abajo como testigos.

Testigo: _____ Testigo: _____

El miembro se encuentra incapacitado y no puede firmar.* Explique las razones a continuación:

***El SCDHHS se reserva el derecho de verificar la incapacidad del miembro para firmar.**

Envíe por correo la solicitud firmada a:

**SCDHHS - Correo central
PO Box 100101
Columbia SC 29202-3101**



NEED HELP WITH YOUR APPLICATION? Visit SCDHHS.gov or call us at **1-888-549-0820**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-888-549-0820**. If you need help in a language other than English, call **1-888-549-0820** and tell the customer service representative the language you need. We'll get you help at no cost to you. TTY users should call **1-800-753-8583**.