

Estado de Kentucky
Gabinete para Servicios de Salud y de la Familia
Departamento para Servicios de Medicaid
REPRESENTANTE AUTORIZADO

Yo _____ le he pedido a _____
(Su nombre en letra de molde) (El nombre del representante autorizado en letra de molde)

que me ayude con Medicaid en las cuestiones que he elegido más abajo. Esta autorización es válida desde la fecha de la firma del solicitante hasta que el formulario sea anulado por el solicitante.

Le doy mi permiso a la persona arriba mencionada para que, como mi representante autorizado, se encargue de (favor de marcar todas las opciones pertinentes):

- ☐ Presentar solicitud, informar sobre cambios
- ☐ Presentar solicitud, informar sobre cambios, renovar los beneficios
- ☐ Presentar solicitud, informar sobre cambios, renovar los beneficios y recibir copia de las notificaciones

Estoy consciente de que yo o mi representante autorizado debemos proporcionar información completa y verídica para que se determine o se vuelva a determinar mi elegibilidad para Medicaid. Mi representante autorizado es responsable de cumplir todas las responsabilidades especificadas anteriormente y de comprometerse a mantener la confidencialidad de cualquier información proporcionada por la agencia sobre el solicitante o miembro.

Si yo o mi representante autorizado proporcionamos información falsa u ocultamos información de forma deliberada, puedo ser susceptible de encausamiento por fraude.

La realización de las determinaciones de elegibilidad puede demorar hasta 30 días desde la fecha de solicitud. Todas las tarjetas de identidad y las cartas se enviarán a la dirección que usted elija. Usted tendrá que mostrarles a sus proveedores médicos su tarjeta de identificación para que ellos puedan facturar al Medicaid por los servicios que usted ha recibido.

Nombre del solicitante/miembro en letra de molde

Nombre del representante autorizado en letra de molde

Firma del solicitante/miembro

Firma del representante autorizado

Dirección del solicitante/miembro

Dirección del representante autorizado

Ciudad, Estado, Código postal

Ciudad, Estado, Código postal

Número de teléfono

Número de teléfono

Fecha de la firma

Fecha de la firma

Testigo (si se firma con una X)

Dirección de correo electrónico

Vínculo o nombre de la compañía