

NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE

SECCIÓN I. PARA COMPLETARSE POR EL SOLICITANTE/BENEFICIARIO

Nombre	Número del Caso <i>(opcional)</i>	Fecha
--------	-----------------------------------	-------

Nombro a esta persona _____ / _____
Nombre de la Persona *Nombre de la Organización*

Dirección Completa	Número de Teléfono
--------------------	--------------------

como mi representante autorizado para acompañarme, ayudarme y representarme en mi solicitud o nueva determinación para beneficios de Medi-Cal.

ESTA AUTORIZACIÓN PERMITE A LA PERSONA MENCIONADA ARRIBA:

- presentar al departamento de asistencia pública del condado las verificaciones que se solicitaron;
- acompañarme a cualquier entrevista en persona que se requiera;
- obtener información del departamento de asistencia pública del condado y de la División de Servicios de Determinación de Incapacidades del Departamento de Servicios Sociales de California, con respecto a la situación de mi solicitud;
- proporcionar expedientes médicos y otra información con respecto a mis problemas médicos y limitaciones al departamento de asistencia pública del condado o a la División de Servicios de Determinación de Incapacidades del Departamento de Servicios Sociales de California;
- acompañarme y ayudarme en el proceso de audiencia imparcial; y
- recibir una copia de una notificación de acción específica del departamento de asistencia pública del condado, cuando el solicitante/beneficiario lo solicite.

ENTIENDO QUE TENGO LA RESPONSABILIDAD DE:

- completar y firmar la Declaración de Datos;
- asistir y participar en cualquier entrevista en persona que se requiera;
- firmar el formulario MC 220 (Autorización para Divulgar Información Médica);
- proporcionar todas las verificaciones que se soliciten, antes de que se pueda determinar mi elegibilidad para Medi-Cal; y
- aceptar cualquier consecuencia de las acciones del representante autorizado, como aceptaría las mías propias.

ENTIENDO QUE TENGO EL DERECHO A:

- escoger a cualquier persona que yo desee para que sea mi representante autorizado;
- revocar este nombramiento en cualquier momento, notificándoselo a mi Trabajador(a) de Elegibilidad; y
- solicitar una audiencia imparcial en cualquier momento, si no estoy satisfecho con alguna acción que tome el departamento de asistencia pública del condado.

Firma del Solicitante/Beneficiario	Fecha
------------------------------------	-------

➤
Dirección

SECCIÓN II. PARA COMPLETARSE POR EL REPRESENTANTE AUTORIZADO DESIGNADO. LOS BUFETES DE ABOGADOS, ORGANIZACIONES Y AGRUPACIONES LEGALES PUEDEN REPRESENTAR AL SOLICITANTE/BENEFICIARIO, PERO TIENE QUE DESIGNARSE A UNA PERSONA PARA QUE ACTÚE COMO EL CONTACTO EN NOMBRE DE LOS SOLICITANTES/BENEFICIARIOS.

POR ESTE MEDIO ACEPTO EL NOMBRAMIENTO MENCIONADO ARRIBA Y ENTIENDO QUE:

- el solicitante/beneficiario puede revocar esta autorización en cualquier momento, y nombrar a otra(s) persona(s) para actuar como su representante autorizado;
- no tengo ningún otro poder para actuar en nombre del solicitante/beneficiario, excepto como se indica arriba;
- no puedo actuar en lugar del solicitante/beneficiario; y
- no puedo transferir o volver a asignar mi nombramiento, sin que el solicitante/beneficiario complete un nuevo formulario de Nombramiento de Representante.

CERTIFICO QUE:

- no se me ha suspendido ni prohibido ejercer ante la Administración del Seguro Social;
- no estoy, como oficial o empleado de los Estados Unidos, en la actualidad o en el pasado, desautorizado para actuar como el representante del solicitante; y
- se me conoce como persona de buena reputación.

Esta autorización se reconoce por un año a partir de la fecha firmada por el solicitante, a menos que esté revocada anteriormente según lo descrito arriba en la sección 1.

Firma del Representante Autorizado	Empleado por	Fecha	Número de Teléfono
------------------------------------	--------------	-------	--------------------

➤

SÓLO PARA USO DEL CONDADO

Date verbal request to revoke received	Date written request to revoke received	Request received from:
EW name: _____	Telephone number: _____	