

DOCUMENTO DE REPRESENTATE AUTORIZADO

Por medio de mi firma abajo yo, el/la cliente, autorizo a la persona cuyo nombre aparece abajo para que sea mi representante para actuar en mi nombre en el proceso de mi determinación de derechos para recibir el Seguro de Salud de AHCCCS. De esta forma yo:

- Autorizo a mi representante a completar y firmar mi solicitud.
- Autorizo a mi representante a suministrar cualquier documento que sea requerido, incluso información personal.
- Autorizo a mi representante a firmar en nombre mío y dar permiso para que otras personas, negocios o agencias suministren información personal sobre mi persona a AHCCCS.
- Estoy de acuerdo en suministrar información sobre mis circunstancias personales a mi representante.
- Estoy de acuerdo en permitir que mi representante asigne en mi nombre todos mis derechos de reclamos de reembolso médico a AHCCCS.

Por medio de mi firma abajo, yo, el representante, estoy de acuerdo en actuar a nombre del/de la cliente. También estoy de acuerdo en:

- Suministrar solamente información verdadera y completa bajo pena de perjurio.
- Llenar y firmar las solicitudes necesarias.
- Obtener y suministrarle a AHCCCS toda la información necesaria para determinar si el/la cliente tiene los derechos para recibir el Seguro de Salud de AHCCCS, como por ejemplo el número del Seguro Social del/de la cliente, ingresos, activos, ciudadanía, residencia, seguro médico e información sobre el/la cónyuge del/de la cliente, hijos menores y padres (en el caso de que el/la cliente sea menor de edad).
- Informarle a AHCCCS inmediatamente si el/la cliente:
 - ✓ Tiene un aumento o disminución en sus ingresos;
 - ✓ Tiene un aumento o disminución en sus activos;
 - ✓ Cambia el/la dueño/a de activos, incluso abriendo o cerrando cuentas financieras;
 - ✓ Cambia de dirección; o
 - ✓ Cambia de seguro de salud o la cantidad de los pagos que hace.

Si se determina que soy elegible, esta autorización permanecerá en efecto hasta que yo o mi representante les informen que deseamos suspenderla. Esta autorización expirará cuando mi solicitud de ayuda a través de AHCCCS sea retirada o rechazada, o cuando mi elegibilidad para recibir asistencia a través de AHCCCS termine. Sin embargo, esta autorización se mantendrá durante todo momento mientras estoy disputando mi elegibilidad en una audiencia administrativa o procedimiento judicial.

Cliente/Guardián Legal

Nombre:
Domicilio:
Numero de teléfono: () -

Representante

Nombre:
Domicilio:
Numero de teléfono: () -

Firma de Cliente/Guardián Legal

Fecha

Firma de Representante

Fecha

Firma de Testigo (si e/la cliente firmó con una marca)

Fecha

Firma de Testigo (si e/la cliente firmó con una marca)

Fecha