

**FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE  
REPRESENTANTE AUTORIZADO**  
**New York Medicaid Choice**



0000000000CF

**Complete este formulario para designar a una persona como su representante autorizado ante New York Medicaid Choice.**

**DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO** *(letra de imprenta)*

Nombre del solicitante o miembro (Apellido, Nombre)

ID de Medicaid \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_  Teléfono fijo  Móvil

Al firmar, reconozco que al proporcionar esta autorización, esta persona recibirá información oficial sobre mi cuenta y actuará en mi nombre, según sea necesario, para todos los asuntos relacionados con mi cuenta. La autorización entrará en vigencia cuando New York Medicaid Choice reciba este formulario completado y permanecerá vigente hasta que yo o mi representante autorizado le informe a New York Medicaid Choice que la autorización ha terminado.

Me gustaría que se envíe la correspondencia de New York Medicaid Choice:

Solo a mí  A mí y a mi representante autorizado  Solo a mi representante autorizado

**Firma del solicitante o miembro**

\_\_\_\_\_ Fecha (MM/DD/AAAA) \_\_\_\_\_

**ACEPTACIÓN DE LA DESIGNACIÓN COMO REPRESENTANTE AUTORIZADO** *(letra de imprenta)*

Nombre del representante autorizado (Apellido, Nombre)

Dirección postal \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_  Teléfono fijo  Móvil

Idioma que el representante prefiere para materiales por escrito:

Inglés  Español  Chino  Ruso  Criollo haitiano  Coreano  Italiano  Bengalí

Al firmar, acepto mantener la confidencialidad de cualquier información relacionada con el solicitante o miembro que proporcione New York Medicaid Choice. Acepto cumplir con todas las responsabilidades dentro del ámbito de esta autorización, como si yo fuera el solicitante o miembro. También acepto cumplir con todas las leyes federales y del estado aplicables relacionadas con conflictos de interés.

Si firmo en nombre de una organización, afirmo que cumpliré las leyes federales y del estado aplicables que estén relacionadas con conflictos de interés y confidencialidad de la información.

**Firma del representante autorizado**

\_\_\_\_\_ Fecha (MM/DD/AAAA) \_\_\_\_\_

**¿Necesita ayuda con este formulario? Llame a New York Medicaid Choice al 1-800-505-5678**  
(TTY: 1-888-329-1541)

## SOBRE ESTE FORMULARIO

---

Usted puede darle permiso a un amigo, un familiar, su pareja o un abogado para hablar con New York Medicaid Choice y actuar por usted en asuntos relacionados con su cuenta. Esta persona se llama "representante autorizado".

Un representante autorizado puede:

- Recibir copias de avisos y otras comunicaciones; y
- Actuar en su nombre en todos los demás asuntos relacionados con New York Medicaid Choice.

Usted debe completar el **formulario de designación de representante autorizado** si:

- Desea designar a alguien como su representante autorizado por primera vez; o
- Desea cambiar el representante autorizado que había designado anteriormente.

Si usted ya tiene un documento legal que autoriza a alguien a actuar por usted según la ley del estado de Nueva York, New York Medicaid Choice puede aceptar una copia de ese documento en lugar del formulario de designación de representante autorizado. Puede enviar este documento por correo postal o fax como se describe a continuación. Algunos ejemplos de los documentos que se aceptan para este fin son una orden judicial que establece la tutela o un formulario de carta poder.

### **Duración de la autorización**

Esta autorización es totalmente voluntaria. La persona que usted designe permanecerá como su representante autorizado para siempre, a menos que retire su autorización. Puede retirar su autorización en cualquier momento escribiendo a New York Medicaid Choice a la dirección a continuación o llamando al **1-800-505-5678**.

### **Cómo presentar el formulario**

Complete y firme el formulario de designación de representante autorizado y envíelo por fax al (917) 228-8601 o por correo a New York Medicaid Choice, PO Box 5009, New York, NY 10274.