



Heritage Health

Nombramiento de Representante Autorizado

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento del Cliente: _____ Número de Seguro Social del Cliente: _____

Por la presente nombro a _____ Persona Organización, para que actúe responsablemente a mi nombre para que ayude con mi inscripción de cuidado administrado y con otras comunicaciones en curso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska; División de Medicaid y Cuidado a Largo Plazo - Heritage Health.

Escriba para el Representante Autorizado (Nombre, dirección, Ciudad, Estado, Código Postal, teléfono, correo electrónico): _____

Alcance de esta autorización:

- Selección de plan de salud y PCP a nombre del inscrito
- Peticiones para actualizar la información de contacto de Heritage Health a nombre del miembro/inscrito
- Peticiones de quejas a nombre del miembro/inscrito
- Administración de caso en general del cuidado administrado de Heritage Health a nombre del miembro/inscrito

Entiendo que este nombramiento es válido hasta que modifique la autorización o le notifique a la agencia por escrito que el representante autorizado ya no está autorizado para actuar a nombre mío. Al firmar este nombramiento, hago constancia de que la información a divulgarse en conformidad con este nombramiento puede incluir material que está protegido por ley federal o del Estado. Entiendo que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska no puede controlar lo que el Representante autorizado hace con la información divulgada, y que tal información podría ser divulgada a una tercera parte. Cualquier información divulgada podría dejar de estar protegida por la ley federal o del Estado. Autorizo específicamente al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska a que discuta la información divulgada en conformidad con este nombramiento con el Representante Autorizado. No firmar este formulario no afectará tratamiento, pagos, inscripción en un plan de salud o la elegibilidad para los beneficios, excepto en circunstancias limitadas. Entiendo las ventajas y desventajas, y con toda libertad y voluntariamente doy permiso para divulgar información específica sobre mí.

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Representante Personal: Padre Guardián Apoderado

Firma del Representante Autorizado: _____ Fecha: _____

Si se firma por parte de una organización o entidad, el signatario indicado arriba debe de estar autorizado a obligar a la organización o entidad a atenerse a los términos de esta autorización.

Por favor envíe los formularios completados a:

Heritage Health Enrollment Broker • 9370 McKnight Road • Suite 300 • Pittsburgh, PA 15237

O enviar por fax a: **1-800-852-6311**