

APELACIÓN DE FAMIS / MEDICAID DE VIRGINIA

FORMULARIO DE REPRESENTANTE AUTORIZADO

Usted puede utilizar este formulario para nombrar a un individuo u organización para que actúe como su representante autorizado.

Entiendo que:

- Puedo representarme a mí mismo
- Esta autorización es voluntaria y que tengo el derecho de negarme a firmarla o cancelarla en cualquier momento
- Esta autorización expirará automáticamente cuando mi apelación de Asistencia Médica se cierre
- Mi firma no exenta mi obligación financiera si la apelación se decide en favor de la agencia
- Mi representante autorizado tiene acceso a toda la información médica protegida relacionada con mi apelación y yo estoy de acuerdo en que esta información pueda ser compartida con otras personas relacionadas con esta apelación.

Información del apelante (díganos de usted)

Nombre del apelante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de seguro social: _____

Número de afiliado de Medicaid: _____ Teléfono: (_____) _____

Información del representante autorizado (díganos sobre quien le gustaría que le represente)

Nombre del representante autorizado u organización _____ Teléfono: (_____) _____

Relación del representante autorizado con el apelante: _____

Idioma escrito preferido (cartas serán enviadas en este idioma) Inglés Español

Dirección del representante autorizado: _____

Firma del apelante / Padre o tutor del menor de edad: _____ Fecha: _____

Para organizaciones: El apelante debe dar autorización por escrito para actuar en su representación. Para apelantes fallecidos, proveer documentación del albacea o administrador de los bienes nombrándole como representante autorizada. Esto es obligatorio para presentar la apelación.

Si usted está presentando una apelación en representación de un apelante incapaz de firmar

Bajo mi leal saber y entender, ¿tiene el apelante un tutor legal? Sí No

Si el apelante está física o mentalmente incapacitado para firmar, explique porque: _____

¿Ha fallecido el apelante? Sí No Bajo mi leal saber y entender, el apelante no tiene un albacea o administrador de sus bienes Inicial _____ Su relación con el difunto: _____

Firma del representante autorizado: _____ Fecha: _____

División de Apelaciones de DMAS				
Correo electrónico	Fax	Teléfono	Correo Postal	AIMS Portal
appeals@dmas.virginia.gov	(804) 452-5454	804-371-8488	DMAS Appeals Division 600 E. Broad Street Richmond, VA 23219	https://www.dmas.virginia.gov/appeals