

Commonwealth of Kentucky
Cabinet for Health and Family Services
Department for Medicaid Services
REPRESENTANTE AUTORIZADO

Yo _____ le he pedido a _____
(Su nombre en letra de molde) (El nombre del representante autorizado)

que me ayude con Medicaid de la manera que aparece abajo. Esta autorización es válida desde la fecha de la firma del solicitante hasta la fecha en que éste revoque el formulario.

Doy permiso para que, como mi representante autorizado, la persona arriba mencionada (favor de marcar todas las que sean de aplicación):

- Presente solicitud, Informe de cambios**
- Presente solicitud, Informe de cambios, Renueve el caso**
- Presente solicitud, Informe de cambios, Renueve el caso y reciba copia de las notificaciones**

Estoy consciente de que yo o mi representante autorizado debemos proporcionar información veraz y completa para que determinen o reevalúen mi elegibilidad de Medicaid. Mi representante autorizado es responsable de cumplir todas las responsabilidades señaladas arriba, como también se compromete a mantener la confidencialidad de toda información relacionada con el solicitante o el miembro proporcionada por la entidad.

Si yo o mi representante autorizado proporcionamos información falsa u ocultamos información de manera deliberada, se me puede procesar por fraude.

Las determinaciones de elegibilidad pueden demorarse hasta 30 días en completarse a partir de la fecha de la solicitud. Todas las cartas y las tarjetas de identificación se enviarán por correo a la dirección de su preferencia. Usted tendrá que mostrarles a los proveedores de salud su tarjeta de identificación para que ellos puedan facturar a Medicaid por los servicios que usted recibió.

_____ Nombre del solicitante/miembro en letra de molde	_____ Nombre del representante autorizado en letra de molde
_____ Firma del solicitante/miembro	_____ Firma del representante autorizado
_____ Dirección del solicitante/miembro	_____ Dirección del representante autorizado
_____ Ciudad, estado, código postal	_____ Ciudad, estado, código postal
_____ Número de teléfono	_____ Número de teléfono
_____ Fecha en que se firmó	_____ Fecha en que se firmó
_____ Testigo (si se firma con una X)	_____ Dirección de correo electrónico
	_____ Relación o nombre de la compañía