



Solicitud de representante personal (última actualización 17/03/2023)

El propósito de implementar un Representante Personal es permitir que otra persona actúe en su nombre con respecto a:

- tomar decisiones sobre sus beneficios de salud,
- solicitar y/o divulgar su información médica privada, y
- ejercer todos los derechos que tiene según su plan de beneficios de salud.

Un Representante Personal puede ser designado legalmente o designado por un Miembro/Participante para actuar en su nombre:

- Cuando un Representante Personal haya sido designado legalmente, el Representante Personal deberá completar y firmar este formulario. Junto con este formulario se debe presentar documentación legal de respaldo, como un poder notarial que indique plena autoridad para tomar decisiones sobre atención médica o documentos de tutela.
- Cuando un Miembro/Participante designa un Representante Personal, el Miembro/Participante debe firmar este formulario en presencia de un Notario Público.

Importante: Si se deben enviar medicamentos y comunicaciones al Representante personal, llame a Central Health Medicare Plan (CHMP) al 1-866-314-2427. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Estamos abiertos los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST).

El Miembro/Participante conserva su derecho a actuar en su propio nombre a menos que el CHMP reciba documentación legal que indique lo contrario.

Nota: Si se acepta su solicitud, afectará únicamente a las comunicaciones orales y escritas del CHMP. Si también desea que su médico o cualquier persona ajena al CHMP realice este cambio, debe obtener su acuerdo por separado.

VERIFICACIÓN– (Por favor imprima)

Identificación del miembro / participante

(Se necesita la siguiente información para la verificación).

Nombre del miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de teléfono donde podemos comunicarnos con usted si necesitamos comunicarnos con usted para procesar su solicitud

(obligatorio): _____

Seguro Social: _____

Número de tarjeta de identificación de miembro (si corresponde): _____

Identificación del Representante Personal:

Nombre del Representante personal: (solo una persona): _____

Relación con el Miembro: _____



Fecha de Nacimiento del Representante Personal: (respuesta en el siguiente formato de 8 dígitos: 11231949 del 23 de noviembre de 1949) _____

Dirección a donde deben enviarse las comunicaciones sobre este Miembro/Participante:

Cuál es el motivo de esta solicitud? _____

PREGUNTAS DE VERIFICACIÓN PARA EL REPRESENTANTE PERSONAL

(En esta sección “Usted” y Su” se refieren al Representante Personal).

The answers you provide below will be used to verify your identity if you call for private health information about the Member/Participant. Note that we ask these questions because the answers should be easy for you to remember, but you may enter other numbers as described below.

Cuál es la fecha de nacimiento de tu madre? (respuesta en el siguiente formato de 8 dígitos: 11231949 del 23 de noviembre de 1949) _____

- Por favor NO proporcione a nadie las respuestas a estas preguntas.
- Debe conservar una copia de este formulario como referencia.

TENGA EN CUENTA

- Si la información en este formulario no está completa, el CHMP se lo devolverá y esta solicitud no se considerará hasta que el CHMP reciba la información completa.
- Si se cambia su ID de miembro o fecha de nacimiento, deberá completar otro formulario en ese momento.
- Si el Miembro/Participante o el Grupo cambia a un tipo diferente de cobertura de beneficios de atención médica proporcionada por el CHMP, será necesario completar otro formulario en ese momento.
- Se descartará cualquier solicitud previa de envío de información a una dirección alternativa. Toda la correspondencia futura de Miembros/Participantes se enviará a la dirección especificada anteriormente.
- Puede cambiar o revocar esta solicitud enviando una solicitud por escrito al CHMP a la dirección que figura en la página siguiente. Puede obtener un formulario de cambio/revocación llamando a Servicios para miembros del CHMP al número que figura en su tarjeta de identificación del CHMP.

FIRMA

Representantes personales que sean designados por orden judicial u otra documentación legal, **complete la sección A.**

Representantes personales designados por un Miembro/Participante, **proceda a las secciones B y/o C.**



A. Representantes Personales legalmente designados:

He leído y comprendido la información anterior. Reconozco que al firmar este formulario tengo la autoridad legal para actuar en nombre del Miembro/Participante.

Firma del Representante Personal: _____ **Fecha:** _____

Para salvaguardar la privacidad y ayudar a garantizar que nadie más que la persona designada por el Miembro/Participante reciba atención médica privada.

Información, esta solicitud deberá presentarse acompañada de la documentación legal de respaldo adecuada.

B. Representantes personales designados por un Miembro/Participante

Para salvaguardar la privacidad y ayudar a garantizar que nadie más que la persona designada por el Miembro/Participante reciba Información de salud privada, esta solicitud debe estar firmada por el Miembro/Participante y certificada ante notario. (Los servicios notariales a menudo se pueden proporcionar de forma gratuita en un banco donde tenga una cuenta).

He leído y comprendido la información anterior. Reconozco que al firmar este formulario autorizo al CHMP a tratar a mi Representante personal como a mí mismo.

Firma del miembro / participante / padre / tutor (*Esta línea es para que la firme el Miembro/Participante, autorizando al Representante personal*).

_____ **Fecha:** _____

C. Notary Public Signature

State of _____)
County of _____) SS.

A notary public or other officer completing this certificate verifies only the identity of the individual who signed the document to which this certificate is attached, and not the truthfulness, accuracy, or validity of that document

On this the _____ day of _____, 20_____, before me, (Notary Public), the undersigned officer, personally appeared _____ (Member/Participant), known to me (or satisfactorily proven) to be the person whose name is subscribed to the within instrument and acknowledges that (s)he executed the same for the purposes therein contained. In witness whereof I hereunto set my hand.

Notary Public

My Commission Expires

Por favor devuelva este formulario completo a:

Central Health Medicare Plan
PO Box 14244
Orange, CA 92863
Phone# (866) 314-2427
Fax# (626) 388-2361