



FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE UN REPRESENTANTE AUTORIZADO

Un representante autorizado es alguien que usted escoge para actuar en su nombre con Maryland Health Connection, como un miembro de la familia u otra persona de confianza. Si desea escoger un representante autorizado, envíe este formulario por correo a: Maryland Health Connection, P.O. Box 857, Lanham, MD 20703. No llene la Parte I de este formulario si usted es el solicitante y la única persona que desea designar es usted mismo.

1 Para los Solicitantes/Beneficiarios: Si desea designar a un representante autorizado, conteste las preguntas 1 a 18.

1. Nombre del representante autorizado (Nombre, Segundo nombre, Apellido)		
2. Dirección		3. Número de apartamento o suite
4. Ciudad	5. Estado	6. Código postal
7. Número de teléfono		8. Nombre de la organización (si aplica)
9. Su nombre		10. Su número de teléfono
11. Su dirección		12. Número de apartamento o suite
13. Ciudad	14. Estado	15. Código postal
16. Su número de identificación personal (Person ID) de Maryland Health Connection (si tiene uno)		
Al firmar a continuación, usted autoriza a la persona cuyo nombre aparece en respuesta a la pregunta número uno (1) para que actúe como su representante.		
_____		_____
17. Su firma		18. Fecha

2 Para los representantes legales de los solicitantes:

Si usted está legalmente autorizado para actuar en representación del solicitante: 1. Complete esta sección marcando con una X la casilla correspondiente a continuación; 2. Complete las preguntas anteriores utilizando la información del solicitante; y 3. Envíe comprobantes adjuntos a este formulario (p. ej. orden de tutela o directiva anticipada que designa a un representante en cuestiones de atención médica).

A. Adulto responsable (padre o madre, tutor legal, sustituto encargado de la toma de decisiones, abogado u otra persona, según se define en COMAR 10.01.04.12.)	<input type="checkbox"/>	B. Poder notarial del solicitante	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	-----------------------------------	--------------------------

3 Poder notarial del solicitante

Complete esta sección si usted es un asesor, navegador, agente o corredor de seguros certificado para proporcionar ayuda con la solicitud y está llenando este formulario por otra persona.

1. Nombre, Segundo nombre, Apellido y Sufijo		
2. Nombre de la organización		3. Número de identificación (si aplica)

Si en algún momento usted desea cambiar su representante autorizado o si tiene preguntas,,
Comuníquese con Maryland Health Connection llamando al 1-855-642-8572 (Las personas sordas o con dificultades auditivas utilizan el servicio Relay).