

Formulario de designación de representante autorizado



Puede remitir este formulario si desea designar un representante autorizado para que actúe en su nombre. Si un representante autorizado firmó su solicitud por usted, o si usted es un representante autorizado que solicita en nombre de alguna otra persona, **DEBE** remitir este formulario para que se procese la solicitud.

No necesita llenar este formulario si vive en una institución y quiere copias de avisos de elegibilidad enviados a usted y a su cónyuge, quien todavía vive en su casa. Haremos esto automáticamente.

NOTA: Un representante autorizado tiene la autoridad de actuar en nombre de un solicitante o afiliado en todos los asuntos con MassHealth y el Health Connector, y recibirá información personal sobre el solicitante o afiliado hasta que recibamos un aviso de cancelación de terminación de su autoridad. Su autoridad no terminará automáticamente una vez que procesemos su solicitud.

Puede elegir a alguien para que lo ayude.

Puede elegir a un representante autorizado para que lo ayude a obtener cobertura de atención de salud a través de programas ofrecidos por MassHealth y el Health Connector. Para ello llene este formulario (el Formulario de designación de representante autorizado) o un documento de designación suficientemente similar. Usted o un representante puede firmar en su nombre y en nombre de cualquiera de sus hijos dependientes menores de 18 años de edad y para quienes usted sea el padre custodial. **No es necesario que tenga un representante para solicitar o recibir beneficios.**

¿Quién me puede ayudar?

1. Un representante autorizado puede ser un amigo, familiar, pariente u otra persona u organización de su preferencia que acepte ayudarlo. La selección de un representante autorizado, si lo desea, depende solo de usted. Ni MassHealth ni el Health Connector elegirán un representante autorizado en su nombre. Usted tiene que designar por escrito a la persona u organización que quiere que sea su representante autorizado utilizando este formulario (llene la Sección I, Parte A). Su representante autorizado también tiene que llenar la Sección I, Parte B.
2. Si debido a una condición mental o física usted no puede designar por escrito a un representante autorizado, una persona (no una organización) que actúe responsablemente en su nombre puede ser su representante autorizado si dicha persona certifica, llenando la Sección II, que usted no puede proporcionar una designación por escrito, y que está actuando responsablemente en su nombre.
3. Un representante autorizado también puede ser alguien nombrado por ley para actuar en su nombre. Esta persona debe llenar la Sección III y usted o dicha persona tiene que enviarnos, junto con este formulario, una copia del documento legal pertinente que indique que dicha persona es su representante legal.
4. Una persona nombrada por ley para actuar en nombre de la sucesión de un solicitante o afiliado que ha fallecido puede también cumplir las funciones de un representante autorizado siguiendo las instrucciones anteriores. Un representante autorizado bajo la Sección III puede ser un tutor legal, guardián/protector financiero, titular de un poder legal o apoderado para atención de salud, o, si el solicitante o afiliado ha fallecido, el administrador o albacea de su sucesión. Lo que esta persona esté autorizada a hacer para usted o para la sucesión del solicitante o afiliado dependerá de los términos de su nombramiento legal.

¿Qué puede hacer un representante autorizado?

Un representante autorizado puede:

- llenar su formulario de solicitud o de revisión de elegibilidad;
- llenar otros formularios de elegibilidad o inscripción de MassHealth o del Health Connector;
- dar prueba de la información proporcionada en dichos formularios;
- informar sobre cambios en los ingresos, dirección u otras circunstancias;
- recibir copias de todos los avisos de su elegibilidad e inscripción de MassHealth y el Health Connector; y
- actuar en su nombre en todos los demás asuntos relacionados con MassHealth y el Health Connector.



¿Como se da por terminada la designación de un representante autorizado?

Si usted decide que ya no quiere un representante autorizado de **Sección I** o **Sección II**, tiene que notificarnos que quiere dar por terminada la designación, de una de las siguientes maneras:

- Enviando una carta para notificarnos que la designación ha terminado a:

**Health Insurance Processing Center
P. O. Box 4405
Taunton, MA 02780;**

- Enviando una carta por fax para notificarnos que la designación ha terminado al **1-857-323-8300**; o
- Llamándonos al **1-800-841-2900** (TTY: 1-800-497-4648 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla).

Si nos envía el aviso por correo o fax, el aviso tiene que incluir su nombre, dirección y fecha de nacimiento, el nombre de su representante autorizado, una declaración de que la designación ha terminado y su firma o, si no puede proporcionar un aviso por escrito, la firma de alguien que actúe en su nombre (solo en el caso de un representante autorizado de Sección II).

Además, si su representante autorizado nos notifica que dicha persona u organización ya no actúa en su nombre, ya no reconoceremos a dicha persona u organización como su representante autorizado.

La designación de un representante autorizado de **Sección III** termina cuando termine su nombramiento legal. El representante autorizado nos debe notificar tal como se explicó anteriormente.

Además, la designación de un representante autorizado para un menor de edad termina cuando éste cumpla 18 años de edad.

¿Cómo puedo enviar este formulario?

Si está solicitando beneficios de salud, envíenos su Formulario de designación de representante autorizado completado junto con su solicitud.

Si ya está recibiendo beneficios, tiene que enviarnos el formulario en el momento en que quiera designar a un representante autorizado, de una de las siguientes maneras:

- Enviando su formulario por correo a:

**Health Insurance Processing Center
P. O. Box 4405
Taunton, MA 02780;**

- Enviando su formulario por fax al **1-857-323-8300**; o
- Llamándonos al **1-800-841-2900** (TTY: 1-800-497-4648 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla).

SECCIÓN 1 Designación de representante autorizado (si el solicitante o afiliado puede firmar)

Parte A—A ser llenada por el solicitante o afiliado. Escriba en letra de imprenta, salvo la firma.

Tome nota: Se requiere su número de Seguro Social (SSN) si tiene uno.

Nombre del solicitante/afiliado	SSN (si lo tiene) ____ - ____ - ____
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Dirección de correo electrónico del solicitante/afiliado
Certifico que he elegido a la siguiente persona u organización para que sea el representante autorizado mío y de cualquier niño dependiente menor de 18 años de edad de quien yo sea el padre custodial, y comprendo los deberes y responsabilidades que esta persona u organización tendrá (como se explicó anteriormente en este formulario).	
Firma del solicitante/afiliado	Fecha
Nombre del representante autorizado	Núm. de teléfono del representante autorizado
Dirección del representante autorizado (dirección postal, ciudad, estado, código postal)	

Parte B—A ser llenada por el representante autorizado. Escriba en letra de imprenta, salvo la firma.

B1. A LLENAR SI EL REPRESENTANTE AUTORIZADO ES UNA PERSONA.

Certifico que mantendré en todo momento la confidencialidad de toda la información relacionada con el solicitante o afiliado indicado anteriormente y, si corresponde, con los niños dependientes de dicho solicitante o afiliado, que me proporcione MassHealth o el Health Connector. Si también soy proveedor, miembro del personal o un voluntario afiliado con una organización, y estoy actuando en mi capacidad de proveedor, miembro del personal o voluntario en relación con mi designación como representante autorizado, certifico que cumpliré en todo momento con las leyes y reglamentos estatales y federales aplicables referentes a la confidencialidad de la información y conflictos de interés, como aquellos estipulados en 42 C.F.R. parte 431, subparte F, 42 C.F.R. § 447.10 y 45 C.F.R. § 155.260(f).

Firma del representante autorizado	Fecha
Nombre del representante autorizado en letra de imprenta	Direc. de correo electr. del repres. autorizado

B2. A LLENAR SI EL REPRESENTANTE AUTORIZADO ES UNA ORGANIZACIÓN.

Certifico, en nombre de la organización indicada a continuación, que dicha organización mantendrá en todo momento la confidencialidad de toda la información relacionada con el solicitante o afiliado indicado anteriormente y, si corresponde, con los niños dependientes de dicho solicitante o afiliado, que me proporcione MassHealth o el Health Connector.

Yo, el proveedor, miembro del personal o voluntario de la organización que se indica a continuación que llena este formulario, certifico en nombre mío y de la organización que represento, que todos los proveedores, miembros del personal o voluntarios que actúen en nombre de la organización con referencia a esta designación de representante autorizado, cumplirán en todo momento con las leyes y reglamentos estatales y federales aplicables referentes a la confidencialidad de la información y conflictos de interés, como aquellos estipulados en 42 C.F.R. parte 431, subparte F, 42 C.F.R. § 447.10 y 45 C.F.R. § 155.260(f).

Firma del proveedor, miembro del personal o voluntario que llena el formulario	Fecha
Nombre en letra de imprenta del proveedor, miembro del personal o voluntario que llena el formulario	
Correo electr. del proveedor, miembro del personal o voluntario que llena el formulario	Nom. del representante autorizado de la organización

SECCIÓN 2 Designación de representante autorizado (Si el solicitante o afiliado no puede proporcionar una designación por escrito)

A ser llenado por el representante autorizado. Escriba en letra de imprenta, salvo la firma. Proporcione un formulario separado para cada solicitante o afiliado.

UNA ORGANIZACIÓN NO PUEDE SER ELEGIBLE PARA SER UN REPRESENTANTE AUTORIZADO BAJO ESTA SECCIÓN.

Certifico que conozco suficientemente al solicitante o afiliado indicado a continuación como para asumir responsabilidad por la veracidad de las declaraciones efectuadas en su nombre durante el proceso de determinación de elegibilidad y en otras comunicaciones con MassHealth o el Health Connector; que entiendo mis deberes y responsabilidades como representante autorizado de esta persona (como se explicó previamente en este formulario) y que esta persona no puede proporcionar una designación escrita. Si esta persona puede entender, le he informado que MassHealth y el Health Connector me enviarán una copia de todos los avisos de elegibilidad e inscripción de MassHealth y el Health Connector, y que esta persona lo ha aceptado, y le he informado a esta persona que me puede dar de baja o reemplazarme como representante autorizado en cualquier momento por los métodos descritos anteriormente en este formulario.

Certifico además que mantendré en todo momento la confidencialidad de toda la información relacionada con el solicitante o afiliado indicado a continuación que me proporcione MassHealth o el Health Connector.

Tenga en cuenta que se requiere el número de Seguro Social (SSN) del solicitante o afiliado, si lo tiene.

Nombre del solicitante/afiliado

Fecha de nacimiento del solicitante/afiliado (dd/mm/aaaa)		SSN del solicitante/afiliado _____ - _____ - _____
Firma del representante autorizado	Fecha (dd/mm/aaaa)	
Nombre del representante autorizado (primer, inicial, apellido)		Núm. de teléfono del representante autorizado
Dirección del representante autorizado (dirección postal, ciudad, estado, código postal)		Direc. de correo electr. del representante

SECCIÓN 3 Designación de representante autorizado (si es nombrado por ley)

A ser llenado por un representante autorizado nombrado por ley (como se explicó anteriormente en este formulario). Escriba en letra de imprenta, salvo la firma. **Envíe una copia del documento legal pertinente con este formulario.**

Certifico que mantendré en todo momento la confidencialidad de toda la información relacionada con el solicitante o afiliado indicado a continuación que me proporcione MassHealth o el Health Connector.

Tenga en cuenta que se requiere el número de Seguro Social (SSN) del solicitante o afiliado, si lo tiene.

Nombre del solicitante/afiliado

Fecha de nacimiento del solicitante/afiliado (dd/mm/aaaa)		SSN del solicitante/afiliado _____ - _____ - _____
Firma del representante autorizado	Fecha (dd/mm/aaaa)	
Nombre del representante autorizado (primer, inicial, apellido)		Núm. de teléfono del representante autorizado
Dirección del representante autorizado (dirección postal, ciudad, estado, código postal)		Direc. de correo electr. del representante