

VIRGINIA MEDICAID / FAMIS CLIENTE APELACION FORMULARIO DE REPRESENTANTE AUTORIZADO

Información del Apelante

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de Seguro Social (SSN): _____ Numero de caso: _____

Número de teléfono con el código de área: _____

Información del Representante Autorizado

Yo por esto nombro _____ como Representante Autorizado para actuar en mi nombre durante mi apelación de Medicaid / FAMIS. Esta autorización caducará automáticamente cuando mi apelación está terminada o si revoco en escritura a:

Appeals Division
Dept. of Medical Assistance Services o Fax (804) 452-5454
600 East Broad Street
Richmond, VA 23219

Mi relación al Representante Autorizado: _____

La dirección del Representante Autorizado: _____

El número de teléfono con el código de área del Representante Autorizado: _____

- Esta autorización es por mi solicitud y entiendo que tengo el derecho a rechazar a firmar esta autorización y es estrictamente voluntario
- Entiendo que mi firma no renuncia mi derecho para representarme a mí mismo
- Yo entiendo que mi firma no renuncia mi obligación financiera en el caso que la decisión de apelación ese en favor de la agencia.
- Autorizo a mi Representante Autorizado tener acceso a toda mi información de salud protegida con respecto a mi apelación y consiento que esta información puede ser revelada a otras personas en relación con esta apelación

Nombre imprimido / Padre del hijo menor de edad: _____

Firma del Apelante/ Padre del hijo menor de edad: _____ Fecha: _____

Si el apelante no puede firmar porque esta incapacitado físicamente, el Representante Autorizado puede firmar abajo:

Yo, por el presente, certifico que (apelante) _____ no puede físicamente firmar este formulario de Representante Autorizado. Describe la incapacidad física afectando el apelante.

Firma de Representante Autorizado: _____ Fecha: _____

Nota: Este formulario no es válido para apelantes quien no pueden firmar porque están incapacitados mentalmente o han fallecido.

Si el apelante no puede firmar este Formulario de Representante Autorizado porque está incapacitado mentalmente, la persona actuando en su nombre necesita presentar prueba legal de tutela con la apelación. Si el apelante ha fallecido, usted debe presentar evidencia de una corte que usted califica como Ejecutor o Administrador de Bienes del Apelante. Un Poder Legal o Ultimo Deseo y Testamento no es prueba aceptable de representación.