

Humana
Departamento de Quejas Formales y Apelaciones
NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE AUTORIZADO

Nombre del afiliado(a)

No. de ID del afiliado(a) (Debe ser escrito por el afiliado/a)

Yo, _____ nombro
a

Nombre del afiliado(a)

Nombre del representante autorizado(a)

Para gestionar a nombre de _____
Nombre del afiliado(a)

asuntos en conexión con cualquier reclamación de cobertura médica o beneficios pertinentes al caso # _____ esto incluye el recibo de cualquier aprobación o autorización que se pudiera requerir previas a los servicios médicos. Autorizo a mi representante a recibir toda información relacionada con este récord que se me ha provisto, y a proceder en mi nombre y a nombre de mis dependientes menores de edad, si los nombro por la presente, para facilitar cualquier información al plan grupal de salud en conexión con las reclamaciones, aprobaciones o autorizaciones en cuestión. Este documento no es válido para tener acceso a cualquier información clínica personal ajena a las antedichas reclamaciones, aprobaciones o autorizaciones en cuestión.

Firma del afiliado(a)*

Fecha*

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Yo, _____, por la presente, acepto el nombramiento.
Nombre del representante autorizado(a)

Yo soy _____
Parentesco con el afiliado(a)

Firma del representante autorizado

Fecha

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

* La fecha en que firma el afiliado debe ser la misma, o posterior a, la denegación de reclamaciones, aprobaciones o autorizaciones en cuestión. Una firma electrónica no es válida.

La discriminación es contra la ley

Humana Inc. y sus subsidiarias (“Humana”) cumplen con todas las leyes aplicables de derechos civiles federales y no discriminan por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Humana no excluye ni trata de manera diferente a nadie por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Humana proporciona:

- Ayudas y servicios auxiliares gratuitos, como por ejemplo intérpretes acreditados para hablar por señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades cuando dichas ayudas y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.
- Servicios gratuitos de idiomas para personas cuyo idioma principal no es el inglés, cuando dichos servicios sean necesarios para proporcionar acceso útil, tales como documentos traducidos o interpretación oral.

Si necesita estos servicios, llame al 1-877-320-1235 o envíe un correo electrónico a accessibility@humana.com; si utiliza un TTY, llame al 711.

Si usted cree que Humana ha fallado en proveer estos servicios o discriminado de otra forma por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante:

Discrimination Grievances
P.O. Box 14618
Lexington, KY 40512 - 4618

Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al 1-877-320-1235 o bien, si utiliza un TTY, llame al 711.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el **Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos**, Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios para quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Multi-Language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call (TTY: 711).

Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (TTY: 711).

繁體中文 (Chinese): 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 (TTY: 711)。

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số (TTY: 711).

한국어 (Korean): 주의 : 한국어를 사용하시는 경우 , 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오 .

Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa (TTY: 711).

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните (телетайп: 711).

Kreyòl Ayisyen (French Creole): ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele (TTY: 711).

Français (French): ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le (ATS: 711).

Polski (Polish): UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer (TTY: 711).

Português (Portuguese): ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para (TTY: 711).

Italiano (Italian): ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero (TTY: 711).

Deutsch (German): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: (TTY: 711).

العربية (Arabic):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

日本語 (Japanese): 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。(TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

فارسی (Farsi):

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با (TTY: 711) تماس بگیرید.

Diné Bizaad (Navajo): Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiiik'eh, éi ná hóló, kojí' hódíłnih (TTY: 711).