

NOTA: COMPLETAR ESTE FORMULARIO NO ES UN REQUISITO. FAVOR DE LEER ESTE DOCUMENTO ANTES DE FIRMARLO.

AUTORIZACIÓN PARA REPRESENTAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN

Yo, _____, con domicilio en _____, por medio de la presente autorizo a **CarePlus Health Plans, Inc.**, (CPHP, por sus siglas en inglés) para actuar como mi representante con el fin de obtener beneficios bajo el Programa de Ahorros de Medicare o el Programa de Medicaid, incluyendo completar y entregar documentos de solicitud (en papel o electrónicos) y / o apelar la negación de una solicitud bajo tales programas.

Yo, _____, asimismo autorizo a CPHP para que contacte en mi nombre a empresas privadas y organismos públicos con el fin de obtener la información requerida por las agencias Estatales o Federales.

Yo, _____, asimismo autorizo al **Departamento de Niños y Familias del Estado de la Florida** o a cualquier otra agencia que actúe bajo el Programa de Medicaid del Estado de la Florida, y / o la **Administración del Seguro Social**, a divulgar información con respecto al estatus y / o a la disposición de mi solicitud / expediente a CPHP.

Esta autorización se mantendrá vigente hasta tanto sea revocada por escrito por mí o por mi representante y se limitará a las actuaciones antes indicadas; En su carácter de mi Representante Autorizado, CPHP no puede firmar ningún documento, tomar decisiones en cuanto a inscripción, presentar quejas, hacer solicitud de una decisión inicial (determinación de cobertura) ni hacer apelaciones en mi nombre.

Entiendo que CPHP no es responsable por la exactitud de la información proporcionada por mí o en mi nombre para llenar las solicitudes Estatales o Federales.

Estoy de acuerdo con no hacer responsable a CPHP por cualquier reclamo, imputación de responsabilidad, juicios, daños, o gastos efectuados por CPHP como resultado de que se haya proporcionado información errónea.

_____ **Sí**, me gustaría ampliar esta autorización de representación para incluir la obtención de beneficios de atención médica/asistencia financiera bajo otros programas Estatales o Federales.

_____ **No**, no quiero ampliar esta Autorización de Representación para incluir la obtención de beneficios de atención médica bajo otros programas Estatales o Federales.

 _____
Número de Seguro Social del Afiliado

 _____
Fecha de Nacimiento

 _____
de Medicare

 _____
Firma del Afiliado/Principal

 _____
Fecha

Testigo

CarePlus Health Plans, Inc. cumple con las leyes de derechos civiles federales correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, estado civil o religión en sus programas y actividades, incluyendo la admisión o el acceso a, o el tratamiento y el empleo en, sus programas y actividades. Para cualquier consulta sobre las políticas de no discriminación de CarePlus y/o para presentar una queja, también conocida como queja formal, favor de comunicarse con Servicios para Afiliados al 1-800-794-5907 (TTY: 711). Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.

English: This information is available for free in other languages. Please call our Member Services number listed above.

Kreyòl Ayisyen (French Creole): Enfòmasyon sa a disponib gratis nan lòt lang. Tanpri rele nimewo Sèvis pou Manm nou yo ki nan lis anwo an.