

División de Medicaid y Cuidado a Largo Plazo Nombramiento de representante autorizado

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento del cliente: _____ No. de Seguro Social del cliente: _____

Por la presente nombro a _____ Persona Organización, para que actúe responsablemente a nombre mío para que ayude con mi solicitud y la renovación de mi elegibilidad y otras comunicaciones continuas con la División de Medicaid y Cuidado a Largo Plazo del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska.

Representante autorizado (Nombre, dirección, Ciudad, Estado, Código Postal, teléfono, correo electrónico):

Alcance de esta autorización:

- Firmar una solicitud a nombre del solicitante
- Llenar y enviar una solicitud para la renovación
- Recibir copias de las notificaciones y otras comunicaciones de la agencia al solicitante o beneficiario
- Actuar a nombre del solicitante o beneficiario en todos los demás asuntos con la agencia

Entienda que este nombramiento es válido hasta que modifique la autorización o le notifique a la agencia por escrito que el representante autorizado ya no está autorizado para actuar a nombre mío. Al firmar este nombramiento, hago constancia de que la información a divulgarse en conformidad con este nombramiento puede incluir material que está protegido por ley federal o del Estado y que puede estar relacionado con tratamiento para drogas o alcohol, salud mental e información respecto al VIH. Entiendo que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska no puede controlar lo que el Representante autorizado hace con la información divulgada, y que tal información podría ser divulgada a una tercera parte. Cualquier información divulgada podría dejar de estar protegida por la ley federal o del Estado. Autorizo específicamente al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska a que discuta la información divulgada en conformidad con este nombramiento con el representante autorizado. No firmar este formulario no afectará tratamiento, pagos, inscripción en un plan de salud o la elegibilidad para los beneficios, excepto en circunstancias limitadas. Entiendo las ventajas y desventajas, y con toda libertad y voluntariamente doy permiso para divulgar información específica sobre mí.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Representante personal: Padre Tutor Apoderado Fecha: _____

Declaraciones del representante autorizado

Como un representante autorizado entiendo que (marque con sus iniciales a continuación):

- _____ Soy responsable de cumplir con todas las responsabilidades incluidas dentro del alcance de esta representación autorizada.
- _____ Estoy de acuerdo en mantener la confidencialidad de la información relacionada con el solicitante o el beneficiario que provea la agencia.
- _____ Me atenderé a las regulaciones en el Título 42, subparte F, parte 431 del Código de Regulaciones Federales (CFR) y 45 CFR 155.260(f).
- _____ Me atenderé a las regulaciones en el Título 42 del CFR 447.10 en relación con la prohibición en contra de reasignar los reclamos del proveedor. Fíjese por favor que esto solo le aplica a las instituciones u organizaciones que actúan a nombre de una institución.
- _____ Me atenderé a todas las demás leyes federales y del Estado que sean pertinentes con respecto a los conflictos de interés y la confidencialidad de la información.

Firma del representante autorizado: _____ Fecha: _____

Si firma a nombre de una organización o entidad, el firmante mencionado anteriormente debe estar autorizado para obligar a la organización o entidad a adherirse a los términos de esta autorización.

NOTIFICACIÓN AL BENEFICIARIO

Esta información le ha sido divulgada a partir de registros cuya confidencialidad está protegida por leyes federales y del Estado (que incluyen las Regulaciones Federales, 42 CFR Parte 2 de 1983), que le prohíben hacer divulgaciones adicionales sin el consentimiento específico por escrito de la persona a quien le concierne o según lo permitan de otro modo tales regulaciones. Una autorización general para la autorización de información médica u otra NO es suficiente para este propósito.