NEBRASKA
Good Life. Great Mission.
DEPT. OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

División de Medicaid y Atención a Largo Plazo y Oficina de Asistencia Económica

Designación de representante autorizado

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

Por la presente, designo a _____ ☐ una persona ☐ una organización para que actúe de forma responsable en mi nombre ayudando con mi solicitud y renovación de elegibilidad y otras comunicaciones continuas ante la División de Medicaid y Atención a Largo Plazo y Oficina de Asistencia Económica del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska.

Representante autorizado (nombre, dirección, ciudad, estado, código postal, teléfono, correo electrónico):

Alcance de esta autorización:

☐ **Medicaid**
- ☐ Firmar una solicitud en nombre del solicitante
- ☐ Completar y presentar un formulario de renovación
- ☐ Recibir copias de los avisos del solicitante o beneficiario y otras comunicaciones de la agencia
- ☐ Actuar en nombre del solicitante o beneficiario en todos los demás asuntos relacionados con la agencia

☐ **Asistencia Económica**
- ☐ Firmar una solicitud en nombre del solicitante
- ☐ Completar y envíar un formulario de renovación
- ☐ Obtener una tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (Electronic Benefit Transfer, EBT) y utilizar los beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, (SNAP) para comprar alimentos elegibles de la solicitud o para los miembros elegibles del grupo familiar del beneficiario
- ☐ Recibir copias de las notificaciones y otras comunicaciones dirigidas al solicitante o beneficiario por parte de la agencia
- ☐ Actuar en nombre del solicitante o beneficiario en todos los demás asuntos ante la agencia

Entiendo que esta designación es válida hasta que modifique la autorización o notifique por escrito a la agencia que el representante autorizado ya no está autorizado para actuar en mi nombre. Al firmar esta designación, reconozco que la información que se divulgará conforme a esta designación podría incluir material protegido por leyes federales o estatales, y que podría estar relacionado con información sobre tratamientos por abuso de drogas o alcohol, salud mental y VIH, e información confidencial necesaria para contribuir con la solicitud o la gestión continua del caso. Soy consciente de que, si el representante autorizado proporciona información incorrecta o utiliza los beneficios de manera indebida, mi grupo familiar podría ser responsable de devolver los beneficios emitidos en exceso. Entiendo que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska no puede controlar lo que hace el representante autorizado con la información divulgada, y que dicha información podría ser revelada de nuevo a un tercero. Cualquier información divulgada podría dejar de estar protegida por la ley federal o estatal. Autorizo específicamente al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska a analizar con el representante autorizado la información divulgada conforme a esta designación. No firmar este formulario no afectará al tratamiento, el pago, la inscripción en un plan de salud ni la elegibilidad para beneficios, salvo en circunstancias limitadas. Entiendo las ventajas y desventajas, y doy permiso libre y voluntariamente para divulgar información específica sobre mí.

Firma del cliente:_____ Fecha:_____

Representante personal: ☐ Padre ☐ Tutor ☐ Poder notarial Fecha:_____

Declaraciones del representante autorizado

_____ Como representante autorizado, entiendo lo siguiente (coloque sus iniciales abajo):

_____ Soy responsable de cumplir con todas las responsabilidades existentes dentro del ámbito de esta representación autorizada.

_____ Acepto mantener la confidencialidad de cualquier información sobre el solicitante o beneficiario proporcionada por la agencia.

_____ Si se me autoriza la obtención o el uso de los beneficios de una tarjeta EBT, usaré dichos beneficios solo para comprar alimentos o comidas elegibles para el grupo familiar del solicitante o beneficiario.

_____ Cumpliré con las normativas del Título 42, subparte F, parte 431 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR) y 45 CFR 155.260(f) si actúo como representante autorizado para Medicaid y atención a largo plazo.
_____ Cumpliré con las normativas del Título 42 del CFR 447.10 relativas a la prohibición de la reasignación de reclamaciones de proveedores si actúo como representante autorizado para Medicaid y atención a largo plazo. Tenga en cuenta que esto solo se aplica a centros u organizaciones que actúan en nombre de un centro.
_____ Cumpliré con las normativas del Título 7 del CFR 273.2(n) si actúo como representante autorizado para el programa SNAP.
_____ Cumpliré con las normativas del Título 7 del CFR 273.11(e) o del Título 7 del CFR 273.11(f) si actúo como representante autorizado para el programa SNAP. Tenga en cuenta que esto solo se aplica a centros u organizaciones que actúan en nombre de un centro.

_____ Cumpliré con todas las demás leyes estatales y federales relevantes sobre conflictos de intereses y confidencialidad de la información.
_____ Si represento a una organización, confirmo que estoy autorizado a firmar en nombre de esa organización.

Firma del representante autorizado:_____Fecha:_____

Si firma en nombre de una organización o entidad, el firmante anterior debe estar autorizado para obligar a la organización o entidad a cumplir con los términos de esta autorización.

AVISO PARA EL RECEPTOR

Esta información fue revelada a través de registros cuya confidencialidad está protegida por leyes estatales y federales (entre las que se incluyen normativas federales, 42 CFR Parte 2 de 1983) que le prohíben hacer divulgaciones adicionales sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que corresponde o según lo permitan dichas normativas. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito.

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA LOS REPRESENTANTES AUTORIZADOS DE SOLICITANTES DEL PROGRAMA SNAP

- Los minoristas que aceptan beneficios del programa SNAP y sus empleados no pueden actuar como representantes autorizados a menos que no haya otro representante adecuado disponible y la agencia lo determine necesario.
- Los empleados del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska que participen en el proceso de certificación o emisión de beneficios del programa SNAP no pueden actuar como representantes autorizados a menos que no haya otro representante adecuado disponible y la agencia lo determine necesario.
- Las personas que hayan sido descalificadas por una infracción intencional al programa no pueden actuar como representantes autorizados a menos que no haya otro representante adecuado disponible y la agencia lo determine necesario.
- Las organizaciones o personas que actúan como representantes autorizados para varios grupos familiares pueden estar sujetas a revisión por parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska para garantizar el cumplimiento de los requisitos del programa SNAP.
- Los proveedores de comidas para personas sin hogar, tal como se definen en el Título 7 del CFR, Parte 271, no pueden actuar como representantes autorizados para los beneficiarios sin hogar del programa SNAP.
- El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska puede revocar y descalificar la designación de un representante autorizado por un máximo de un año si se produce un uso indebido de beneficios o infracciones de las normas del programa.