

**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.