**Formulario de designación de un representante autorizado**

Si lo desea, otra persona puede actuar en su nombre en un proceso de apelación, incluido un abogado. La persona que indique a continuación será aceptada como su representante. No podemos hablar con nadie en su nombre hasta que recibamos este formulario de su parte en el que indique quién quiere que lo represente. Si necesita ayuda con este formulario, llame a Servicios para Miembros al **833-838-2593 (TTY 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. hora del Centro. Devuélvanos este formulario a la siguiente dirección:

Healthy Blue Grievance and Appeals
P.O. Box 62429
Virginia Beach, VA 23466-2429
Fax: 877-881-1305

Yo,_____, quiero que la siguiente persona
(Nombre del miembro en letra de imprenta)

_____ actúe en mi nombre en el proceso de apelación o reclamo.

Hablé con esta persona y acepta representarme en el proceso. Entiendo que se podría divulgar mi información médica personal relacionada con mi apelación o reclamo al representante.

1. Nombre del representante (en letra de imprenta):

_____

2. Dirección del representante:

_____
Dirección física o casilla postal Núm. de apartamento

_____
Ciudad Estado Código postal

(  )_____ (  )_____
Número de teléfono: diurno Número de teléfono: nocturno

3. Breve descripción del proceso de apelación o reclamo en el que este representante actuará en mi nombre:

_____

_____

_____

4. Firma del miembro (o del padre, de la madre o del tutor)* Fecha:

_____ _____

* Relación con el miembro: ☐ Miembro ☐ Padre/madre ☐ Tutor

**healthybluekansas.com/medicaid**

1076749KSMSPHBL 10/24

Healthy Blue es el nombre comercial de Community Care Health Plan of Kansas, Inc.
Licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.