



Iowa Department of Human Services

Representante autorizado para apelaciones de cuidado administrado

Este formulario debe ser completado por el miembro de Medicaid o su padre o madre, en caso de que sea menor. Complete este formulario para asignar un individuo, una organización o un proveedor para actuar en su nombre durante el proceso de apelaciones. Tanto el miembro como el representante autorizado deben firmar este formulario. Para designar un representante, también se pueden presentar documentos legales como poderes notariales u órdenes judiciales que establecen tutela legal.

Información del demandante

Nombre y apellido		Fecha de nacimiento
Número de caso	Número de identificación de Medicaid	Número de teléfono
Nombre del padre o la madre, si el demandante es menor (menos de 18 años)		
Breve explicación de qué es lo que se apela		

Al firmar este formulario, entiendo lo siguiente:

- Esta autorización se realiza a pedido mío. Tengo derecho a negarme a firmar el presente formulario y este es estrictamente voluntario.
- Mi firma no significa una renuncia a mi derecho de representarme a mí mismo.
- Mi firma no significa una renuncia a mi obligación financiera en caso de que el fallo de la apelación resulte a favor del Departamento.
- Autorizo a mi representante autorizado a actuar en mi nombre durante mi apelación y a acceder a toda la información de salud protegida relacionada con mi apelación y acepto que esta información se divulgue a otras personas en relación con esta apelación.
- Esta autorización prescribe al finalizar el proceso de apelaciones o si yo revoco el permiso por escrito. Puedo revocar esta autorización enviando una solicitud escrita por correo o fax a: Department of Human Services, Appeals Section, 1305 E Walnut Street 5th Floor, Des Moines, IA 50319 Fax: (515) 564-4044.

Firma del demandante o del padre o la madre, si el demandante es menor	Fecha de la firma
--	-------------------

Información del representante del demandante

Nombre y apellido del representante autorizado		
Nombre de la organización o empresa proveedora		
Dirección postal del representante		
Ciudad	Estado	Código postal
Relación con el representante		Número de teléfono del representante

Al firmar este formulario, el representante autorizado entiende lo siguiente:

Como condición para actuar como representante autorizado, acepto cumplir con las leyes estatales y federales relacionadas con los conflictos de intereses y la confidencialidad de la información.

Si el demandante está físicamente incapacitado para firmar, el representante autorizado certifica que (el demandante) _____ está físicamente incapacitado para firmar este formulario. Describa la incapacidad física que afecta al demandante.

Firma del representante autorizado:	Fecha de la firma
-------------------------------------	-------------------

Nota: Este formulario no es válido para demandantes que están mentalmente incapacitados para firmar. Si el demandante está mentalmente incapacitado para firmar, la persona que actúa en su nombre debe presentar una prueba legal de tutela junto con la apelación.

Una vez que completado el formulario, envíelo a la organización de cuidado administrado o al Department of Human Services a:

Amerigroup Iowa, Inc.
Grievances and Appeals Department
4800 Westown Pkwy Ste 200
West Des Moines, IA 50266
Correo electrónico:
iga@amerigroup.com

United Healthcare Community Plan
Grievance and Appeals
PO Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

Department of Human
Services Appeals Section
1305 E Walnut St 5th Fl
Des Moines, IA 50319
FAX: (515) 564-4044
Correo electrónico: appeals@dhs.state.ia.us

470-5526 (7/18)

MF-IA-0047-18