



DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE MISSOURI
 DIVISION DE APOYO A LA FAMILIA
DESIGNACION DE UN REPRESENTANTE AUTORIZADO



Use este formulario si desea designar a una persona o una organización que lo ayuden a solicitar MO HealthNet (MHN), Asistencia Temporal (TA), Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), o actuar en su nombre si recibe MHN, TA o SNAP. La División de Apoyo a la Familia (FSD) conoce a dicha persona como representante autorizado.

Si tiene un tutor o cuidador, debe ser esa persona quien designe un representante autorizado. Si tiene un apoderado designado por un poder notarial válido conforme a la ley de Missouri, dicha persona puede designar un representante autorizado para usted o usted puede designar uno propio.

Si tiene un cónyuge, tanto usted como su cónyuge pueden nombrar al mismo representante autorizado incluyendo ambos nombres en la Sección 1 y firmando ambos en la Sección 2. Si no incluye los nombres y firmas de ambos, el representante autorizado SOLO será para la persona cuyo nombre se indique y que haya firmado.

Para SNAP:

- Si es residente de un programa de tratamiento y rehabilitación de la drogadicción y el alcoholismo y desea solicitar SNAP, debe designar a un representante autorizado que sea empleado en dicho centro de tratamiento para que solicite y acceda a los beneficios por usted.
- Si reside en un hogar grupal y cumple los criterios para recibir SNAP por su cuenta, no necesita firmar este formulario para solicitar o recibir SNAP.

Instrucciones:

- Sección 1: Escriba su información.
- Sección 2: Revise la información de autorización y firme(n) con (su)s nombre(s).
- Sección 3: Pida a la persona que designe que llene los campos correspondientes y firme con el nombre de dicha persona para verificar que acepta la responsabilidad.
- Entregue el formulario lleno a la FSD en un plazo de 90 días a partir de la(s) fecha(s) en que usted y su representante autorizado firmen y fechen el formulario. La información para enviar este formulario se encuentra en la página 3.

Sección 1: Su información

| | | | |
|---------------------------------|--|---------------------------|--|
| Su(s) nombre(s) | | Fecha de nacimiento o DCN | |
| Domicilio | | | |
| Dirección postal | | | |
| Dirección de correo electrónico | | Teléfono | |

Designo como mi/nuestro representante autorizado a:

Nombre

Mi representante autorizado es uno de los siguientes (marque todos los que correspondan):

- | | | | |
|---|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cónyuge | <input type="checkbox"/> Tutor legal | <input type="checkbox"/> Abogado | <input type="checkbox"/> Gestor público |
| <input type="checkbox"/> Departamento de Salud Mental | <input type="checkbox"/> Cuidador | <input type="checkbox"/> Poder notarial | <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores |

Para SNAP: Autorizo/Autorizamos que esta persona u organización se haga cargo de (marque una o más casillas):

ayudarme/ayudarnos a solicitar beneficios del SNAP, lo cual incluye revisiones anuales, recepción de notificaciones y dar a conocer cambios.

acceder a mis beneficios y recibir una tarjeta EBT.

acceder a comunicaciones en línea en la cuenta de la FSD.

acceder a comunicaciones en línea en la cuenta de la FSD, solo después de que yo fallezca.

Para TA: Autorizo/Autorizamos que esta persona (no es posible designar organizaciones como representantes autorizados) se haga cargo de (marque una o más casillas):

ayudarme/ayudarnos a solicitar beneficios de TA, lo que incluye que actúe en mi/nuestro nombre en caso de ser aprobado(s) para recibir beneficios de TA, lo cual además incluye revisiones anuales, recepción de notificaciones y dar a conocer cambios.

acceder a comunicaciones en línea en la cuenta de la FSD.

(Para TA) acceder a comunicaciones en línea en la cuenta de la FSD, solo después de que yo fallezca.

Para MHN: Autorizo/Autorizamos que esta persona u organización se haga cargo de (marque una o más casillas):

ayudarme/ayudarnos a solicitar cobertura de MO HealthNet.

actuar en mi/nuestro nombre para recibir la cobertura de MO HealthNet, incluidas las renovaciones anuales y los cambios en los informes.

enviar una solicitud en mi nombre, sin que tenga ninguna otra autoridad para actuar en mi nombre ni recibir correspondencia de la FSD. Esta persona no tiene autorización para recibir información protegida relacionada con la salud.

acceder a comunicaciones en línea en la cuenta de la FSD.

acceder a comunicaciones en línea en la cuenta de la FSD, solo después de que yo fallezca.

| | |
|-----------------|---------------------------|
| Su(s) nombre(s) | Fecha de nacimiento o DCN |
|-----------------|---------------------------|

Sección 2: Su autorización para que lo representen

De acuerdo con lo que eligió anteriormente, su representante autorizado puede recibir avisos y formularios, información sobre todos los registros médicos en posesión de la FSD, incluidos registros que contengan información sobre diagnósticos o enfermedades específicas, enfermedades de transmisión sexual y salud mental. Esto también incluye información sobre abuso de drogas y alcohol y su tratamiento (conforme a 42 CFR 2.31). Otorga su consentimiento para que su representante autorizado proporcione y reciba información de salud protegida (PHI).

La persona u organización que he/hemos designado tiene 18 años o más de edad y conoce mi/nuestra situación en un grado suficiente para encargarse de mi/nuestra solicitud y actuar en mi/nuestro nombre. No falsearán información ni brindarán información engañosa, ni ocultarán información, ni omitirán ningún dato o evento que deban darse a conocer de acuerdo con leyes, regulaciones o reglas de este estado o de los Estados Unidos.

Comprendo/Comprendemos que:

- soy/somos responsables de la información que mi/nuestro representante autorizado proporcione, incluida la información que pueda ser incorrecta;
- esta autorización es voluntaria y puede cancelarse en cualquier momento. No necesito firmar este formulario para recibir servicios de la FSD;
- puedo/podemos solicitar una copia de la información que se divulgue a mi representante autorizado;
- la FSD no tiene control sobre el uso de la información una vez que la misma se entregue al representante autorizado.

Si lo envía electrónicamente: He aceptado enviar este formulario a través de medios electrónicos. Comprendo que una firma electrónica tiene la misma validez legal y puede hacerse valer de la misma manera que una firma escrita. Acepto

| | |
|---|-------|
| Su firma | Fecha |
| Firma de su cónyuge o el segundo progenitor | Fecha |

Sección 3: Acuerdo y aceptación del representante autorizado

Individuo que actúa como representante autorizado, llene y firme esta sección.

| | |
|--------------------------------------|---|
| Nombre del representante | Fecha de nacimiento o DCN (necesario para TA) |
| Correo electrónico del representante | Teléfono del representante |
| Correo postal del representante | |

Tengo 18 años o más de edad y poseo el conocimiento necesario de la situación del solicitante para realizar su solicitud o actuar en su nombre. No falsearé información ni brindaré información engañosa, ni ocultaré información, ni omitiré ningún dato o evento que deban darse a conocer de acuerdo con las leyes, regulaciones o reglas de este estado o de los Estados Unidos.

Acepto ser el representante autorizado del solicitante para el (los) motivo(s) indicados en este formulario. Protegeré la privacidad de toda la información que reciba mientras actúe como representante autorizado, en apego a los reglamentos, leyes, estatutos y directrices federales, estatales y locales sobre privacidad.

Si lo envía electrónicamente: He aceptado enviar este formulario a través de medios electrónicos. Comprendo que una firma electrónica tiene la misma validez legal y puede hacerse valer de la misma manera que una firma escrita. Acepto

| | |
|------------------------------------|-------|
| Firma del representante autorizado | Fecha |
|------------------------------------|-------|

| | | | |
|---|--|---------------------------------------|--|
| Su(s) nombre(s) | | Fecha de nacimiento o DCN | |
| Individuo que actúa como representante autorizado por afiliación a una organización o un centro, llene y firme esta sección. | | | |
| Nombre del centro o la organización | | | |
| Dirección del centro o la organización | | | |
| Correo electrónico del centro o la organización | | Teléfono del centro o la organización | |
| <p>Yo represento al centro o la organización mencionados anteriormente. He comprobado mi identidad ante la División de Apoyo a la Familia. Tengo el conocimiento necesario de la situación del solicitante o participante para realizar su solicitud o actuar en su nombre. No falsearé información ni brindaré información engañosa, ni ocultaré información, ni omitiré ningún dato o evento que deban darse a conocer de acuerdo con leyes, regulaciones o reglas de este estado o de los Estados Unidos.</p> <p>A menos que mis facultades se limiten al envío de una solicitud a nombre del participante, daré a conocer a la FSD todos los cambios que ocurran en nombre del participante. Informaré a la FSD en el momento en que deje de ser representante autorizado.</p> <p>Comprendo que una vez que deje de ser representante autorizado, tendré que hacer lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dejar de usar inmediatamente la tarjeta EBT. • Notificar a la FSD, en un plazo de 48 horas, que mi condición de representante autorizado ha cambiado. <p>Acepto ser el representante autorizado del solicitante. Protegeré la privacidad de toda la información que reciba mientras actúe como representante autorizado, en apego a los reglamentos, leyes y directrices federales, estatales y locales sobre privacidad.</p> <p>Si lo envía electrónicamente: He aceptado enviar este formulario a través de medios electrónicos. Comprendo que una firma electrónica tiene la misma validez legal y puede hacerse valer de la misma manera que una firma escrita. <input type="checkbox"/> Acepto</p> | | | |
| Firma del representante autorizado | | Fecha | |
| Información para enviar este formulario | | | |
| <p>Cargue su documento: Ingrese a mydssupload.mo.gov para cargar una copia de su documento.</p> <p>Envíelo por correspondencia: Family Support Division PO BOX 2700 Jefferson City, MO 65102</p> <p>Envíelo por fax: 573-526-9400</p> | | | |