



## Formulario de designación de representante

Tiene derecho a elegir a un representante autorizado para que le ayude a presentar una apelación y/o queja. Debe ser una persona de su confianza que tendrá su permiso para hablar con nuestro plan sobre su caso de apelación y/o queja. Esta persona tiene la capacidad de actuar en su nombre para su caso de apelación y/o queja, lo que incluye obtener y recibir información al respecto.

### Información del caso

Nombre del/de la afiliado/a:		Apellido del/de la afiliado/a:	
Fecha de nacimiento del/de la afiliado/a (mm/dd/aaaa):		Número de identificación del/de la afiliado/a:	
ID del caso de apelación (si está disponible):			

### Designación de representante

Nombre del/de la representante:		Apellido del/de la representante:	
Dirección de correo postal del/de la representante:			
Número de teléfono del/de la representante:	(     )     -	Nombre de la organización (si procede)	
Dirección de correo electrónico del/de la representante:			



## Aceptación de la designación

Al firmar este formulario, usted autoriza al “representante designado” a firmar su solicitud de apelación y/o queja, a obtener y proporcionar información sobre su apelación y/o queja y a actuar en su nombre en los asuntos relacionados con la apelación y la queja hasta la resolución y disposición final de su caso.

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

## A dónde enviar el Formulario de designación de representante

Ambetter from Arizona Complete Health  
Attn: Appeal & Grievance Department  
PO Box 10341  
Van Nuys CA 91410-0341

Or

Fax seguro: 1-877-615-7734.

*Para modificar o eliminar a este representante autorizado de su caso de apelación y/o queja, póngase en contacto con Ambetter from Arizona Complete Health llamando al 1-888-926-5057, los usuarios de TTY/TDD: 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.*

*Usted tiene derecho a obtener esta información en un formato alternativo. También tiene derecho a presentar una queja si considera que lo/la han discriminado. Póngase en contacto con Ambetter from Arizona Complete Health llamando al 1-888-926-5057 si necesita ayuda o información adicional, los usuarios de TTY/TDD: 711.*

*Si necesita ayuda con su apelación y/o queja en un idioma que no sea el inglés, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Póngase en contacto con Ambetter from Arizona Complete Health llamando al 1-888-926-5057, los usuarios de TTY/TDD: 711.*