



## DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO

Es posible que otra persona actúe en su nombre en un proceso de apelación, queja o reclamo. La persona que usted indique a continuación se aceptará como su representante. No podemos comunicarnos con ninguna persona que hable en su nombre hasta tanto recibamos este formulario. Devuelva este documento a:

Ambetter de MHS  
Attn: Appeals and Grievances Department  
PO Box 10341  
Van Nuys, CA 91410  
Fax: 1-833-886-7956

Comuníquese con nosotros por teléfono al: 1-877-687-1182 (TTY 1-800-743-3333)

Yo, \_\_\_\_\_, (Nombre del miembro en letra de imprenta) quiero que la siguiente persona actúe en mi nombre en relación con mi apelación, queja o reclamo. Entiendo que mi representante puede recibir información médica personal relacionada con mi apelación, queja o reclamo.

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

---

### 2. Dirección del representante:

---

Dirección o apartado postal N.º de dpto.

---

Ciudad Estado Código postal

---

( ) ( )  
Número de teléfono (durante el día) Número de teléfono (durante la noche)

**3. Breve descripción de la apelación, la queja o del reclamo en el que el representante actuará en mi nombre:**

---

---

---

---

**4. Firma del miembro:**

---

Firma del miembro (o padre/madre/tutor)\*

Identificación (ID) del miembro: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del miembro: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

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

**5. Firma del representante:**

---

Firma del representante del miembro\*

Fecha: \_\_\_\_\_

\* **Relación con el miembro:**  Padre/madre  Tutor  Otra (especificar)

---