

Designación de representante autorizado(a)

Al apelar o presentar un agravio/una queja, otra persona puede actuar en representación suya. La persona que establezca abajo se aceptará como su representante. No podemos hablar con nadie en representación suya hasta que recibamos este formulario. Envíenoslo a:



**Peach State Health Plan
Appeal Department
1100 Circle 75 Parkway
Suite 1100
Atlanta, GA 30339**

**Teléfono 1-877-687-1180
TDD/TTY 1-877-941-9231
Fax 1-866-532-8855 (Agravios/Apelaciones/Quejas)**

Yo, _____, quiero que la persona siguiente actúe en representación
(nombre del (la) afiliado(a) en letra de molde)
mía en mi Apelación o Agravio / Queja. Entiendo que información médica personal relacionada con mi apelación o agravio/
queja podría darse a conocer a mi representante.

1. Nombre del o la representante:

(por favor escriba con letra de molde)

2. Dirección del o la representante: Dirección del domicilio con número de departamento o apartado postal

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número telefónico: Diurno _____

Número telefónico: Nocturno _____

3. Breve descripción de la apelación o el agravio/la queja respecto al cual el o la Representante actuará en representación mía:

4. Firma del (la) afiliado(a)

Firma del (la) afiliado(a) (o padre/madre/tutor)* _____

Fecha de nacimiento
del (la) afiliado(a):

Identificación
de afiliación:

Fecha:

*Relación con el (la) afiliado(a): Mismo(a) Padre/madre Tutor

5. Firma del o la representante:

Firma del o la Representante del (la) afiliado(a)*

Fecha:

*Relación con el (la) afiliado(a): Padre/madre Tutor Otro – Por favor, especifique: