

## 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: