

## Formulario sobre el representante autorizado



Usted tiene derecho a designar a una persona para que lo represente en su apelación ante California Health & Wellness. Para designar un representante, complete este formulario y envíelo a California Health & Wellness. Si quiere que alguien lo represente y no recibimos un *Formulario sobre el representante autorizado* firmado a tiempo para resolver la apelación, es posible que esta sea rechazada. Si esto ocurre, se lo informaremos por escrito.

Puede cancelar este permiso en cualquier momento enviándonos una solicitud por escrito.

1. Le doy permiso a \_\_\_\_\_ para que actúe  
*Nombre del representante autorizado*

como mi representante autorizado ante California Health & Wellness. También doy permiso para compartir la información enumerada en la sección 2 respecto de mi apelación o reclamación a California Health & Wellness o sus representantes.

2. California Health & Wellness puede compartir la siguiente información (marque todo lo que corresponda):

- Avisos de elegibilidad e información sobre la elegibilidad para los beneficios de California Health & Wellness y el acceso a estos.
- Información sobre mi tratamiento médico (incluye tratamiento para el abuso de drogas y alcohol, expedientes médicos y psiquiátricos).
- Otra: \_\_\_\_\_

3. California Health & Wellness puede compartir la información incluida en la sección 2 que aparece más arriba con la persona que actúa como mi representante autorizado.

4. Este permiso tiene validez hasta el: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Mes                      Día                      Año

5. Entiendo que puedo cancelar este permiso en cualquier momento enviando una carta a California Health & Wellness, 1740 Creekside Oaks Drive, Suite 200, Sacramento, CA 95833 o enviando una carta por fax al 1-855-460-1009.

He leído y entiendo esta autorización. Estoy de acuerdo con sus términos.

Firme aquí ➤ \_\_\_\_\_  
Firma del afiliado o de su representante autorizado      Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del afiliado o de su representante  
autorizado en letra de imprenta

**INSTRUCCIONES:** Envíe este formulario por fax al **1-855-460-1009**; o envíelo por correo postal a California Health & Wellness, Attn: Appeals and Grievance Coordinator, 1740 Creekside Oaks Drive, Suite 200, Sacramento, CA 95833.