



## Autorización de organización representante de la División de Finanzas y Administración de Cuidado Médico de Tennessee

Usted tiene que llenar este formulario si desea que una **ORGANIZACIÓN** sea su representante y lo represente para solicitar beneficios médicos y/o lo represente recurrentemente con respecto a la cobertura médica recibida de la División de Finanzas y Administración de Cuidado Médico (HCFA) del Estado de Tennessee. Esto incluye programas tales como TennCare Medicaid, CHOICES, CoverKids y servicios médicos de emergencia (EMS, por sus siglas en inglés). Tanto usted como un miembro de la organización tienen que firmar y fechar este formulario.

### Solicitante/beneficiario

Nombre del solicitante/beneficiario (Apellido, nombre, inicial de segundo nombre):	Número de teléfono:
Número de identificación (número de Seguro Social):	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):
Dirección:	Ciudad, estado y código postal (zip):

### Alcance de la autorización

Entiendo y acepto voluntariamente que mi organización representante está autorizada a:

- Obtener de HCFA y presentarle a HCFA información sobre mí con respecto a mis circunstancias generales y financieras y condición médica;
- Llenar, firmar y presentar una solicitud y los documentos correspondientes en nombre mío;
- Recibir información sobre la situación de mi solicitud y elegibilidad;
- Recibir todos los avisos u otras comunicaciones sobre mi solicitud, citas, re-determinación o situación de elegibilidad;
- Acompañarme o representarme en toda entrevista, audiencia o apelación que se requiera;
- Continuar el proceso de apelación, hasta llegar a los procedimientos judiciales, en caso que se niegue mi solicitud;
- Representarme en todos los demás asuntos relacionados con la determinación de mi elegibilidad.

### Información médica

- Yo autorizo voluntariamente y solicito la revelación por parte de HCFA de toda mi información médica a mi organización representante y sus empleados con el fin de asistirme con el proceso de determinación de elegibilidad y otras funciones relacionadas arriba descritas.
- Entiendo que esto puede incluir información sobre los medicamentos que yo tome actualmente o haya tomado en el pasado y puede incluir datos sobre mi salud y/o tratamiento actual o pasado contra el alcohol o las drogas. Esto no incluye las notas de psicoterapia que no estén en mi expediente médico.
- Entiendo que mi elegibilidad y capacidad de obtener cuidado y cobertura médica no dependen de que yo conceda esta autorización.
- Entiendo que la información compartida con mi organización representante puede compartirse con otros. No todo el mundo tiene que observar reglas de privacidad.
- Mi autorización para que HCFA le entregue información médica a mi organización representante vence cuando se cancele por escrito esta autorización.

## Cancelación de la autorización

Usted puede cancelar esta autorización en cualquier momento mediante aviso por escrito entregado a HCFA de que su organización representante ya no está autorizada a representarlo. Esto no cambia los datos que ya hayamos compartido con su organización representante, pero no compartiremos ninguna otra información sobre su salud.

## Firma del empleado de la organización representante

La organización representante autorizada entiende que se espera que esté familiarizada con las circunstancias del solicitante/beneficiario y que esta autorización la puede revocar el solicitante/beneficiario en cualquier momento. La organización representante acuerda proteger y mantener la confidencialidad de toda información que se le provea, incluyendo la información médica individualmente identificable y la información financiera del solicitante, de conformidad con los reglamentos establecidos en la Parte 435.923 del Código 42 de Reglamentos Federales; la Subparte f de la Parte 431 del Código 42 de Reglamentos Federales; la Parte 155.260(f) del Código 45 de Reglamentos Federales, la Parte 447.10 del Código 42 de Reglamentos Federales, así como en otras leyes estatales y federales vigentes. La organización representante también acuerda proveerle al solicitante/beneficiario copias u originales de todos los documentos, comunicaciones y documentos adjuntos relevantes recibidos de HCFA relacionados con los propósitos especificados en esta autorización.

Nombre de la organización:	
Dirección:	Ciudad, estado y código postal (zip):
Tipo de organización (Compañía de asistencia para elegibilidad, institución):	
Nombre del empleado autorizado por la organización:	Título:
Correo electrónico:	Número de teléfono:
Firma del empleado autorizado por la organización:	Fecha:

## Firma del solicitante/beneficiario

Autorizo a esta organización representante a que me represente con respecto a la elegibilidad y las funciones correspondientes que se enumeran más arriba. Entiendo que soy responsable de la información que provea toda persona que actúe como mi representante autorizado y que se me puede requerir que ofrezca más cooperación, incluyendo proveer información y documentos. Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento mediante aviso por escrito a HCFA de que mi organización representante ya no está autorizada a representarme. También entiendo que mi organización representante puede renunciar a ser mi representante en cualquier momento mediante aviso por escrito a HCFA y que también debe notificarme por escrito de dicha renuncia.

Entiendo que la organización puede recibir un pago de mi proveedor de cuidado médico, tal como un hospital donde yo haya recibido algún tratamiento, por proveer esos servicios de ayuda a beneficio mío. Entiendo que la organización representante no puede garantizar el resultado de ninguna determinación de elegibilidad con respecto a mi solicitud.

Firma del solicitante/beneficiario:	Fecha:
-------------------------------------	--------

Si el solicitante/beneficiario no puede firmar, un representante autorizado puede firmar y proveer documentación legal de su autoridad (p.ej., poder notarial, documentación de custodia).