



**DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO**

Usted puede designar a alguien para que actúe en su nombre en una apelación o queja/reclamo. La persona que indique debajo se aceptará como su representante. No podemos hablar con nadie en su nombre hasta que recibamos este formulario.

Devolver el formulario por correo: CareSource

ATTN: Indiana Member Appeals

P.O. Box 1947

Dayton, OH 45401-8738

Devolver el formulario por fax: 1-844-417-6262

Yo, \_\_\_\_\_, quiero que las siguientes personas actúen en

(Nombre del afiliado en letra de imprenta)

mi nombre en mi apelación o queja/reclamo. Comprendo que la información personal relacionada con mi apelación o queja/reclamo puede divulgarse a mi representante.

Nombre del representante (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_

Dirección

\_\_\_\_\_

Dirección o P.O. Box

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono

\_\_\_\_\_

Teléfono para llamadas diurnas

Teléfono para llamadas nocturnas

Breve descripción de la apelación o queja/reclamo para el cual el representante actuará en mi nombre:

Firma del afiliado: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del afiliado \_\_\_\_\_

ID del afiliado: \_\_\_\_\_

Firma del representante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Relación con el afiliado (encierre una opción en un círculo)**

**Afiliado**

**Padre**

**Tutor**

**Otra:** \_\_\_\_\_

**RR2022-IN-MED-M-245807-SP; Primer uso: 12/4/2022**

**Aprobado por OMPP: 12/4/2022**