

# FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO

Usted puede designar a alguien más para que actúe en su nombre en una apelación. La persona que liste abajo será su representante. No podemos hablar con nadie actuando en su nombre hasta que recibamos este formulario. Devuélvalo a:

|   |   |
|---|---|
| <b>Nebraska Total Care</b><br><b>Attn: Appeals (apelación)</b><br>2525 N. 117th Avenue<br>Omaha, NE 68164<br>Fax 1-844-655-0567 | <b>Apelaciones de salud conductual:</b><br><b>Nebraska Total Care - Appeals</b><br>13620 Ranch Road 620 N, Bldg 300C<br>Austin, TX 78717-1116<br>Fax 1-866-714-7991 |
|---|---|

Yo, \_\_\_\_\_ deseo que la siguiente persona  
[NOMBRE DEL AFILIADO EN LETRA DE MOLDE]

actúe en mi nombre en mi apelación. Entiendo que Información de salud personal relacionada con mi apelación puede ser entregada a mi **representante para apelación**.

1. **Nombre del representante para apelación** \_\_\_\_\_  
[EN LETRA DE MOLDE]

2. **Dirección del representante para apelación**  
Calle/Apartado Postal/Núm. de Apartamento \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Teléfono diurno \_\_\_\_\_ Teléfono nocturno \_\_\_\_\_

3. **Descripción breve de la apelación para la cual el representante para apelación actuará en su nombre:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. **Firma del afiliado:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
[FIRMA DEL AFILIADO, PADRE/MADRE O TUTOR\*]

**Relación con el afiliador**

Afiliado       Padre/Madre       Tutor\*       Poder notarial\*

\*Se debe proveer al plan de salud los documentos que muestran Tutoría legal o Poder notarial

5. **Firma del representante para apelación:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
[FIRMA DEL REPRESENTANTE PARA APELACIÓN]

**Relación con el afiliado:** \_\_\_\_\_