

DECLARACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO (RA)

Puede elegir a un representante autorizado (RA) para que lo ayude a solicitar u obtener beneficios. Debe llenar este formulario para todos los RA que elija.

Un RA es un amigo, un pariente, otro adulto o una organización que se preocupa por su bienestar. Usted debe elegir su propio RA. Su RA debe estar de acuerdo en ayudarlo.

El DHHS hablará con su RA hasta que usted o su RA nos indique lo contrario.

OBLIGACIONES DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

Marque las cosas que desea que el RA haga por usted:

- Obtener, llenar y firmar solicitudes, formularios y otros documentos del DHHS por mí.
- Recibir una copia de todos los avisos que me envíe el DHHS.
- Ir a mis entrevistas de elegibilidad en mi lugar.
- Obtener una tarjeta EBT con el nombre de mi RA. (Yo aún obtendré mi propia tarjeta EBT. Tanto mi RA como yo podremos llamar al servicio de atención al cliente de EBT). La EBT de mi RA tendrá acceso a mis cupones de alimento y/o dinero en efectivo.
- O**
- Hablar al servicio de atención al cliente por mí. (Yo seré el único que obtenga una tarjeta EBT).
- Solicitar y representarme en un recurso administrativo.
- Hablar con mi administradora de servicios de salud (Managed Care Organization, MCO) o plan de seguro médico calificado (Qualified Health Plan, QHP) por mí.
- Otra: _____

FIRMA DEL CLIENTE:

Lea atentamente las siguientes declaraciones. Su firma a continuación significa que ha leído, comprende y acepta estas declaraciones.

- **Doy fe** de que he leído y entiendo la información de este formulario.
- **Autorizo** a mi RA a desempeñar las obligaciones marcadas en este formulario hasta que yo o mi RA informemos al DHHS de un cambio.
- **Comprendo** que soy responsable de los errores, omisiones o inexactitudes en la información que mi RA comunique al DHHS.
- **Comprendo** que si mi RA utiliza mis beneficios sin mi permiso, el DHHS no restituirá estos beneficios.
- Comprendo que si vivo en un centro de tratamiento para el alcoholismo o la drogadicción o formo parte de otro tipo de alojamiento colectivo y mi RA es esa organización, de acuerdo con 7 CFR 273.11(f)(5)(ii), esa organización automáticamente dejará de ser mi RA cuando me vaya.

Nombre **en letra de imprenta** del cliente

Fecha

Firma del cliente

Fecha de nacimiento

N.º MID

N.º de caso:

(Dar vuelta)

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

Díganos el nombre, la dirección y el número de teléfono de su RA. Si su RA es una organización, indíquenos el nombre de una persona de contacto en esa organización. Escriba claramente en letra de imprenta.

Nombre	Inicial del 2º nombre	Apellido
Dirección/Dirección postal		Número de teléfono
Ciudad, estado, código postal		Número de teléfono alternativo
Fecha de nacimiento (Debe ser mayor de 18 años)	Describa su relación con el RA (Si su RA es una organización, escriba aquí el nombre de la organización).	

FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

MI firma a continuación significa que he leído y entiendo la información de este formulario. Estoy de acuerdo en aceptar las obligaciones indicadas en este formulario y comprendo y acepto lo siguiente:

- **Acepto** representar al cliente, como se describe en este formulario, hasta que el cliente o yo informemos de un cambio al DHHS.
- **Acepto** dar prueba de mi identidad para actuar como RA.
- **Doy fe** de que me interesa el bienestar del cliente.
- **Doy fe** de que estoy informado respecto a las circunstancias del cliente o puedo obtener más información.
- **Doy fe** de que, si estoy firmando por una organización, tengo autoridad para hacerlo.
- **Acepto** proteger la información confidencial conforme a la legislación estatal y federal.
- En el caso de clientes que soliciten o reciban Medicaid, si represento a una organización, **la organización acepta**:
 - Proteger la información sobre el cliente; (42 CFR 431.300 et. seq.) y
 - Mantener confidencial la información tributaria del cliente; (45 CFR 155.260(f))
- Si actúo en nombre de un proveedor de Medicaid, **el proveedor acepta** no reasignar reclamaciones de Medicaid, salvo lo permitido por 42 CFR 447.10.
- **Comprendo que, si** fui descalificado por una infracción a un programa, no puedo actuar como RA a menos que no haya ninguna otra persona adecuada para representar a esta persona.
- **Comprendo** que si soy el RA de una persona que recibe cupones de alimentos en un centro de tratamiento de alcoholismo y drogadicción o en otro tipo de alojamiento colectivo, y doy información errónea que lleve a que el residente que represento reciba demasiados beneficios, estos beneficios se recuperarán del centro de tratamiento o del alojamiento colectivo, no solamente del residente al que represento, y el centro se denunciará ante la concesión de permisos del SNAP del USDA conforme a 7 CFR 273.11 (e)(7).

Nombre en letra de **imprenta** del representante autorizado

Fecha

Firma del representante autorizado

Devolver a: Centralized Scanning Unit (CSU), P.O. Box 181, Concord, NH 03301