



DE |



DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO

Es posible que otra persona actúe en su nombre en un proceso de apelación, queja o reclamo. La persona que usted indique a continuación se aceptará como su representante. No podemos comunicarnos con ninguna persona que hable en su nombre hasta tanto recibamos este formulario. Devuelva este documento a:

Ambetter de Louisiana Healthcare Connections
Attn: Appeals and Grievances Department
PO Box 10341
Van Nuys, CA 91410
Fax: 1-833-886-7956

Comuníquese con nosotros por teléfono al: 1-833-635-0450 (TTY 711)

Yo, _____, (Nombre del miembro en letra de imprenta) quiero que la siguiente persona actúe en mi nombre en relación con mi apelación, queja o reclamo. Entiendo que mi representante puede recibir información médica personal relacionada con mi apelación, queja o reclamo.

1. Nombre del representante (en letra de imprenta):

2. Dirección del representante:

Dirección o apartado postal N.º de dpto.

Ciudad Estado Código postal

() ()
Número de teléfono (durante el día) Número de teléfono (durante la noche)

3. Breve descripción de la apelación, la queja o del reclamo en el que el representante actuará en mi nombre:

4. Firma del miembro:

Firma del miembro (o padre/madre/tutor)*

Identificación (ID) del miembro: _____

Fecha de nacimiento del miembro: _____

Fecha: _____

* **Relación con el miembro:** Miembro Padre/madre Tutor

5. Firma del representante:

Firma del representante del miembro*

Fecha: _____

* **Relación con el miembro:** Padre/madre Tutor Otra (especificar)
