



FORMULARIO DE REPRESENTANTE AUTORIZADO DE MCAP

Nombre del solicitante: _____

Family Member Number: _____

Nombro como mi representante autorizado a: _____
Nombre de la persona u organización

Dirección de la persona u organización

Autorizo a la persona u organización anotada arriba, para actuar como mi representante autorizado como se especifica abajo, a partir de la fecha de la firma de este formulario (marque todo lo aplicable).

- ☐ Como mi representante autorizado para actuar en mi nombre con respecto a mi solicitud para Medi-Cal Access Program (MCAP) (vigente sólo hasta que se haga una determinación de mi elegibilidad para los beneficios de MCAP).
- ☐ Como mi representante autorizado para actuar en mi nombre con respecto a todos los asuntos relacionados a mi elegibilidad e inscripción en el programa MCAP, a excepción de las apelaciones.
- ☐ Como mi representante autorizado para actuar en mi nombre con respecto a todos los asuntos relacionados a mi apelación ante MCAP.
- ☐ Como mi representante autorizado para actuar en mi nombre para los siguientes fines (especifique para qué fines usted quiere nombrar el representante autorizado adjunte un documento describiendo esos fines):

Este nombramiento autoriza a la persona u organización anotada arriba, para acompañarme, ayudarme y representarme como se indica arriba.

Autorizo a la persona u organización anotada arriba, para recibir las siguientes comunicaciones de MCAP, a partir de la fecha que se firmó de este formulario (marque todo lo aplicable).

- ☐ Todas las comunicaciones con respecto a mi solicitud para MCAP (vigente sólo hasta que se haga una determinación de mi elegibilidad para los beneficios de MCAP).
- ☐ Todas las comunicaciones con respecto a mi elegibilidad e inscripción en el programa MCAP.
- ☐ Todas las comunicaciones con respecto a mi apelación ante MCAP.
- ☐ Las comunicaciones siguientes sobre mi inscripción en el programa MCAP (especifique qué comunicaciones de MCAP usted quiere que reciba el representante autorizado o anexe un documento que describa esas comunicaciones):

Entiendo que:

- Este nombramiento de representante puede cancelarse o modificarse en cualquier momento, avisando a MCAP.
 - Mi representante autorizado puede cancelar su nombramiento como mi representante autorizado en cualquier momento.
 - Mis responsabilidades no han sido modificadas por nombrar un representante autorizado y sigo siendo responsable de garantizar que se proporcionen oportunamente toda la información, verificaciones y respuestas requeridas por MCAP.
 - Debo aceptar todas las consecuencias de los actos del representante autorizado, como si fueran mis propios actos.
 - Tengo derecho a elegir a la persona que yo quiera como mi representante autorizado.
- ☐ Marcando esta casilla y firmando abajo, reconozco que he nombrado una organización como mi representante autorizado y que cualquier persona de esa organización que tenga un acuerdo estándar de representante autorizado de MCAP en los expedientes de MCAP, puede tomar las medidas autorizadas en mi nombre.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firme la sección de abajo solamente si nombra a una persona como su representante autorizado

Firma del representante autorizado: _____ Fecha: _____

Envíe este formulario por correo o por fax a:

Número de fax: 1-888-889-9238

Medi-Cal Access Program
P.O. Box 15559
Sacramento, CA 95852-0559

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a MCAP al 1-800-433-2611, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7:00 p.m. o los sábados de 8 a.m. a 12:00 p.m. La llamada es gratuita.