

Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud
(Health Insurance Premium Payment, HIPP)
NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE
(o *contacto(s) adicional(es)*) – (*optativo*)

POR LA PRESENTE NOMBRO A LA(S) SIGUIENTE(S) PERSONA(S) PARA QUE ACTÚE(N) EN MI NOMBRE DE LA MANERA INDICADA ABAJO:

NOMBRE (<i>apellido, primer nombre, segundo nombre</i>):	RELACIÓN U ORGANIZACIÓN:	<input type="checkbox"/> Sólo contacto adicional <input type="checkbox"/> Autorizada para actuar en mi nombre <input type="checkbox"/> Ambos
DIRECCIÓN (<i>calle y número, ciudad, estado, código postal</i>):	TELÉFONO DURANTE EL DÍA: ()	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (<i>optativo</i>):
NOMBRE (<i>apellido, primer nombre, segundo nombre</i>):	RELACIÓN U ORGANIZACIÓN:	<input type="checkbox"/> Sólo contacto adicional <input type="checkbox"/> Autorizada para actuar en mi nombre
DIRECCIÓN (<i>calle y número, ciudad, estado, código postal</i>):	TELÉFONO DURANTE EL DÍA: ()	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (<i>optativo</i>):
_____	_____	_____
Firma del solicitante o tutor		Fecha

FIRMA Y DECLARACIÓN (*requerida*)

AVISO IMPORTANTE: Para poder ser elegibles, todos los beneficiarios de Medi-Cal tienen que asignar derechos de seguro médico, manutención u otros pagos de terceros al programa Medi-Cal y deben cooperar con el Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California (DHCS) para la obtención de apoyo médico o pagos. La asignación de derechos a beneficios sólo es efectiva para servicios pagados por el programa Medi-Cal. Esta Asignación permite que el DHCS recupere fondos de compañías de seguros de salud cuando el programa Medi-Cal paga servicios médicos que se deberían haber cobrado a otra cobertura de salud. Note que para cumplir con la Ley Federal de Privacidad (42 USC, Sección 552a), su número de Seguro Social y toda la información que nos dé podrá ser revelada a compañías de seguros, empleadores, proveedores de servicios de atención de la salud y entidades de condados para determinar la cantidad de servicio de salud disponible. Según la Sección 14100.2 del Código de Bienestar e Instituciones, toda la información que se presenta se considera confidencial y sólo se revelará en la medida en que sea necesario hacerlo para los fines de la administración del programa Medi-Cal.

Declaración: Declaro bajo pena de perjurio de conformidad con las leyes del Estado de California que las respuestas que di en esta solicitud y los documentos provistos son verdaderos y correctos según mi mejor conocimiento.

Nombre del solicitante (<i>en letra de molde</i>):	Firma del solicitante o tutor:	Fecha:
Nombre del tenedor de la póliza (<i>en letra de molde</i>):	Firma del tenedor de la póliza:	Fecha: