

Designación de Participante/Autodirección de Agente Autorizado/Representante Personal

Este formulario me permite, como Participante/Miembro de Autodirección, elegir a alguien para que sea mi Agente Autorizado/Representante Personal. Mi Agente Autorizado/Representante Personal puede ser cualquiera de mi elección. **(Si el Agente Autorizado/Representante Personal es el tutor legal del miembro/participante, o tiene Poder Notarial o Tutela sobre asuntos financieros, se debe completar el Formulario de Representante Autorizado en lugar de este formulario).** La persona que elija para que sea mi Agente Autorizado/Representante Personal podrá ayudarme y también tendrá mi permiso para hablar con las compañías que he elegido en este formulario. Después de que nosotros (yo y mi Agente Autorizado/Representante Personal elegido) firmemos este formulario, mi Agente Autorizado/Representante Personal podrá hablar con estas empresas sobre mí y el Programa Participante/Autodirigido.

Este formulario NO permite que mi Agente Autorizado/Representante Personal haga el trabajo del Empleador de Registro (EOR) como está escrito en el Reglamento del Participante/Autodirección, que se encuentra en 8.314.6 Mi Vía NMAC, así como 8.314.7 admite la exención NMAC. Además, mi Agente Autorizado/Representante Personal no tiene la autoridad para dirigir mis servicios o tomar decisiones por mí.

Después de firmar este formulario, la persona que elija será mi Agente Autorizado/Representante Personal durante un (1) año. Entiendo que mi Corredor/Consultor de Soporte y yo debemos decidir cada año si mi Agente Autorizado/Representante Personal debe permanecer como mi Agente Autorizado/Representante Personal. Si quiero que él o ella continúe siendo mi Agente Autorizado/Representante Personal, tendremos que llenar un nuevo formulario cada año.

Nombre del Miembro/Participante:		Fecha de nacimiento:
Últimos cuatro (4) dígitos del Número de Seguro Social del Miembro/Participante :		
Nombre del Agente Autorizado/ Representante Personal:	Fecha de nacimiento:	
Dirección del Agente Autorizado/Representante Personal:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Relación con el participante:		Número de teléfono:
Últimos cuatro (4) dígitos del Número de Seguro Social del Agente Autorizado/ Representante Personal:		

Acepto ser el Agente Autorizado/Representante Personal para este miembro/participante. Firma:

Fecha:

Estas compañías pueden darle a mi Agente Autorizado/Representante Personal información sobre mí en el Programa de Autodirección.

El Miembro/Participante debe marcar las casillas de verificación y también escribir sus iniciales al lado de cada empresa para que la empresa pueda proporcionar información al Agente Autorizado/Representante Personal.

Programa de Beneficios Comunitarios Autodirigidos (SDCB):

- Agencia de Administración Financiera (FMA):
Teléfono de Conduent: 800-283-4465
- Blue Cross Blue Shield (BCBS)
____ Teléfono: 866-689-1523
- Presbyterian Health Plan (PHP)
____ Teléfono: 888-977-2333
- Molina
____ Teléfono: 844-862-4543
- United Healthcare (UHC)
____ Teléfono: 8-77-236-0826
- _____ Nombre del agente de _____
soporte: Teléfono: _____

Programa Mi Vía:

- ____ Agencia de Administración Financiera (FMA):
Teléfono de Conduent: 800-283-4465
- ____ Asesor externo (TPA): Comagine-Qualis Health
Teléfono: 866-962-2180 Local: 505-217-7680
- ____ Nombre de la Agencia Consultora: _____
Teléfono: _____

Supports Waiver Program:

- ____ Agencia de Administración Financiera (FMA):
Teléfono del Conduent: 800-283-4465
- ____ Asesor externo (TPA): Comagine-Qualis Health
Teléfono: 866-962-2180 Local: 505-217-7680
- ____ Coordinador de Apoyo a la Comunidad Nombre de la Agencia: _____
Teléfono: _____

Firma de autorización

Entiendo que al completar y firmar este formulario, doy mi permiso a las compañías que se muestran arriba para dar información a mi Agente Autorizado/Representante Personal. Después de que tanto mi Agente Autorizado/Representante Personal como yo firmemos este formulario, mi Agente Autorizado/Representante Personal podrá obtener información sobre mí en el Programa de Autodirección; pero él o ella NO podrá tomar decisiones por mí. Por ejemplo, mi Agente Autorizado/Representante Personal no podrá contratar ni despedir a ningún empleado. Mi Agente Autorizado/Representante Personal tampoco podrá firmar ningún documento por mí como Empleador de Registro (EOR). A pesar de que tengo un Agente Autorizado/Representante Personal, mi correo se me enviará a mí. También entiendo que si quiero evitar que alguien sea mi Agente Autorizado/Representante Personal, me pondré en contacto con CONDUENT y les haré saber que ya no quiero que esta persona sea mi Agente Autorizado/Representante Personal.

He leído y entiendo la información anterior.

Firma del Miembro/Participante:

Nota: La fecha de vencimiento es de un (1) año a partir de la fecha de firma.

Entiendo que, si la información de este formulario no está completa, se me devolverá para hacer correcciones. La persona que he elegido no comenzará como mi Agente Autorizado/Representante Personal hasta que este formulario se haya completado correctamente con toda la información necesaria.

Entiendo que puedo tener más de un Agente Autorizado/Representante Personal. Si quiero que más de una persona sea mi agente autorizado/representante personal, completaré un formulario para cada persona. Si necesito más formularios, puedo obtenerlos de Conduent-FMA o de mi agente de soporte/consultor/coordinador de soporte comunitario.