



Designación de un representante autorizado para que actúe por usted

Si quiere, puede darle a alguien el derecho de actuar por usted (un representante autorizado).

Esa persona puede:

- Dar y recibir información sobre esta solicitud.
- Tomar cualquier acción necesaria para completar el proceso de solicitud. Esto incluye apelar una decisión de la HHSC.
- Tomar cualquier acción necesaria para inscribirlo en Medicaid o CHIP. Esto incluye escoger un plan de salud.
- Tomar cualquier acción necesaria para recibir beneficios. Esto incluye avisar sobre cambios y renovar los beneficios.

Solo puede tener un representante autorizado para todos sus beneficios de la HHSC. Si quiere cambiar su representante autorizado: (1) acceda a su cuenta en www.YourTexasBenefits.com y avise sobre el cambio, o (2) llame al 211 (después de escoger un idioma, oprima el 2). Si usted es el representante legalmente designado de alguien que aparece en esta solicitud, envíe documentos de prueba con esta forma.

1. Información de contacto

Nombre del solicitante o cliente	Núm. de caso
Nombre de la persona que puede actuar por usted (representante autorizado)	Organización
Dirección de la persona que puede actuar por usted (representante autorizado)	
Teléfono con el código de área de la persona que puede actuar por usted (representante autorizado)	

2. El representante autorizado es su:

<input type="checkbox"/> Apoderado <input type="checkbox"/> Curador nombrado por el tribunal (escriba la fecha de terminación): _____ <input type="checkbox"/> Otro (describa su relación con la persona): _____
--

3. Firme a continuación si quiere que la persona mencionada en esta forma sea su representante autorizado.

Certifico bajo la pena de perjurio que la información que doy en esta solicitud es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Si no lo es, se me puede enjuiciar penalmente.

Firma de la persona que acepta ser su representante autorizado
(Esta persona debe tener 18 años o más).

Fecha

Firma del cliente o solicitante

Fecha