

Asistencia con su solicitud

Usted puede optar por un representante autorizado.

Puede autorizar a un amigo de confianza, un familiar, su pareja o un abogado para hablar con nosotros sobre su solicitud y a actuar en su nombre en asuntos relacionados con su cuenta. Esta persona se denomina “representante autorizado”.

Un representante autorizado puede:

- firmar su solicitud;
- brindarle asistencia con redeterminaciones y renovaciones;
- recibir copias de notificaciones y comunicados;
- solicitar apelaciones; y
- actuar en su nombre en todos los demás temas en relación con NY State of Health: The Official Health Plan Marketplace (Departamento de Salud del Estado de Nueva York: Mercado de Nueva York).

Usted debe completar este formulario si:

- desea nombrar a alguien como su representante autorizado por primera vez; o
- desea cambiar el representante autorizado que nombró en cualquier otro momento.

Si ya cuenta con un documento legal que autoriza a alguien a actuar en su nombre en virtud de las leyes del estado de Nueva York, el Mercado puede aceptar una copia de ese documento en lugar del formulario del representante autorizado. Un ejemplo de los documentos que aceptamos para este fin es una orden judicial que establezca la tutela o un poder notarial.

Antes de que podamos hablar o brindar información a un representante autorizado, tenemos que comprobar su identidad. Su representante autorizado puede comprobar su identidad al completar el **Formulario de comprobación de identidad del representante autorizado**. Si necesita solicitar una copia de este formulario, comuníquese al 1-855-355-5777.

Para autorizar a alguien a actuar como su representante, complete el formulario a continuación o proporcione documentos que demuestren que usted ya cuenta con un representante designado legalmente. Luego, envíe el formulario junto con el Formulario de comprobación de identidad del representante autorizado y los documentos de identidad a NY State of Health a P.O. Box 11727, Albany, NY 12211. O por fax al 1-855-900-5557.

¿NECESITA AYUDA PARA LLENAR ESTE FORMULARIO?
Llámenos al 1-855-355-5777.

Formulario de designación del representante autorizado

| | | |
|--|----------------------------|----------------------------------|
| Nombre del solicitante o afiliado (nombre, apellido) | | |
| Dirección postal | | |
| Ciudad | Estado | Código postal |
| Número de teléfono | Número de seguridad social | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) |

SELECCIONE UNO

La persona u organización a continuación es mi representante autorizado para todos los asuntos relacionados con mi cuenta.

La persona u organización a continuación es mi representante autorizado únicamente para actuar como mi representante durante una apelación.

Al firmar, usted autoriza a esta persona u organización a obtener información oficial sobre su cuenta y a actuar en su nombre en los asuntos que indicó anteriormente. Su autorización entrará en vigor desde el momento en que recibamos este formulario completo y tendrá vigencia hasta que usted o su representante autorizado nos indiquen que la autorización ha finalizado.

| | |
|----------------------------------|--------------------|
| Firma del solicitante o afiliado | Fecha (mm/dd/aaaa) |
|----------------------------------|--------------------|

Aceptación de designación

| | | |
|--|--|---------------|
| Nombre del representante autorizado (nombre, apellido o nombre de la organización) | | |
| Dirección postal | | |
| Ciudad | Estado | Código postal |
| Número de teléfono | <input type="checkbox"/> Abogado <input type="checkbox"/> Representante que no es abogado | |

Al firmar, usted acepta mantener la confidencialidad de cualquier información relacionada con el solicitante o afiliado que NY State of Health proporcione. También acepta cumplir con todas las responsabilidades comprendidas en el marco de esta autorización como si fuera el solicitante o el afiliado. También acepta cumplir con las leyes estatales y federales aplicables en lo referente a conflictos de interés.

Si firma en nombre de una organización, usted declara que los proveedores, los miembros del personal y los voluntarios afirman que cumplirán con las leyes estatales y federales aplicables en lo referente a conflictos de interés y confidencialidad de la información.

| | |
|-------------------------|--------------------|
| Firma del representante | Fecha (mm/dd/aaaa) |
|-------------------------|--------------------|

¿NECESITA AYUDA PARA LLENAR ESTE FORMULARIO?
Llámenos al 1-855-355-5777.