

Formulario de Designación del Representante Autorizado

Usted puede designar a alguien más para que actúe en su nombre cuando tenga una queja o una apelación. La persona que se lista abajo será aceptada como su representante. No podemos hablar con nadie en su nombre hasta que recibamos este formulario.

Devuélvanos este formulario completo por correo o fax usando la información siguiente:

Western Sky Community Care

ATTN: Appeals Department

5300 Homestead Road NE

Albuquerque, NM 87110

Fax: 1-844-320-2479

Yo, _____
[NOMBRE DEL AFILIADO EN LETRA DE MOLDE]

Deseo que la persona siguiente actúe por mí en mi queja y/o apelación. Entiendo que la Información de Salud Personal relacionada con mi queja y/o apelación puede revelársele a mi **Representante**.

1. **Nombre del Representante para la Apelación** _____
[ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE]

2. **Dirección Postal del Representante para la Apelación:**

Calle/Casilla postal/Núm. de Apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono Diurno () _____ Teléfono de Noche () _____

3. **Breve descripción de la apelación para la cual el Representante para la Apelación actuará en su nombre:**

4. **Firma del Afiliado:** _____
[Firma del afiliado, Padre o Tutor*] Fecha

*Relación con el Afiliado: Afiliado Padre Tutor

5. **Firma del Representante para la Apelación:** _____

[Firma del Representante para Apelación*] Fecha

***Relación con el Afiliado:** Padre Tutor Otro: _____

Si tiene preguntas, comuníquese con Servicios para los afiliados al 1-844-543-8996, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.