



Autorización de Representante Individual para TennCare

Sección 1: Introducción

Debe completar este formulario si quiere que **OTRA PERSONA** sea su Representante y actúe en su nombre para solicitar beneficios médicos y/o actúe en su nombre continuamente con respecto a la cobertura médica de la División de TennCare del Estado de Tennessee. Esto incluye programas como TennCare Medicaid, CHOICES, CoverKids y servicios médicos de emergencia (EMS). Tanto usted como su Representante deben firmar y fechar este formulario.

Sección 2: Representante

Nombre de la persona:	Núm. de teléfono:
Dirección:	Ciudad, Estado y Código postal:
Relación con el solicitante/beneficiario (por ejemplo, miembro de la familia, amigo, abogado):	

Sección 3: Función del Representante

Entiendo y voluntariamente acepto que mi Representante esté autorizado para:

- Obtener de TennCare y enviar a TennCare información sobre mí con respecto a mis circunstancias económicas y generales y mi situación médica;
- Completar, firmar y enviar una solicitud y documentos relacionados en mi nombre;
- Recibir información sobre el estado de mi solicitud y elegibilidad;
- Recibir todas las notificaciones u otras comunicaciones con respecto a mi solicitud, citas, redeterminación o estado de elegibilidad;
- Acompañarme o representarme para cualquier entrevista, audiencia o apelación requerida;
- Continuar el proceso de apelación, incluso los procesos jurídicos, en caso de que se rechace mi solicitud;
- Actuar en mi nombre en todos los demás asuntos relacionados con mi determinación de elegibilidad.

Sección 4: Información médica

- Autorizo y solicito voluntariamente la divulgación por parte de TennCare de toda mi información médica a mi Representante para que me ayude con el proceso de determinación de elegibilidad y otras funciones afines enumeradas anteriormente.
- Entiendo que esto puede incluir información sobre los medicamentos que tomo ahora o que haya tomado en el pasado y que puede incluir datos sobre mi salud y tratamiento presente o pasado por uso de alcohol o drogas. No incluye notas de psicoterapia que no estén en mis expedientes médicos.
- Entiendo que mi elegibilidad y capacidad para recibir atención médica y cobertura no dependen de que otorgue esta autorización.
- Entiendo que la información revelada por mi Representante puede ser revelada a terceros. No todos tienen que seguir las reglas de privacidad.
- Mi autorización para que TennCare divulgue información médica a mi Representante caduca al finalizar esta autorización como se describe en la Sección 5 o se designa en la Sección 7.

Sección 5: Cancelación de la autorización

Usted puede cancelar esta autorización en cualquier momento llamando a TennCare Connect al 855-259-0701. O notificando por escrito a TennCare de que su Representante ya no está autorizado para actuar en su nombre. Esto no cambiará la información que ya hayamos divulgado a su Representante, pero no divulgaremos más información médica.

Sección 6: Firma del Representante

Al aceptar ser un representante autorizado, entiendo que se espera que tenga conocimiento de las circunstancias del solicitante/beneficiario y que esta autorización puede ser revocada por el solicitante/beneficiario en cualquier momento. También me comprometo a mantener la confidencialidad de cualquier información que se me proporcione, incluida, entre otras, la información sobre finanzas y salud, de conformidad con todas las normas y reglamentos estatales y federales aplicables.

Firma del Representante:	Fecha:
--------------------------	--------

Sección 7: Firma del Solicitante/Beneficiario

Autorizo a este Representante para que actúe en mi nombre con respecto a la elegibilidad y las funciones afines enumeradas en la Sección 3. Entiendo que soy responsable de la información proporcionada por cualquier persona que actúe como mi representante autorizado y que si es necesario tendría que cooperar más, incluso para suministrar información y documentos. También entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento llamando o escribiendo a TennCare para informar que mi Representante ya no está autorizado para actuar en mi nombre.

Autorizo a este Representante para que me ayude durante: (marque sólo una respuesta)

3 meses 5 meses 1 año Continuamente; a partir de la fecha indicada a continuación.

Nombre del Solicitante/Beneficiario (apellido, nombre, inicial del segundo nombre):	Núm. de teléfono:
No. de ID (SSN):	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):
Dirección:	Ciudad, Estado y Código postal:
Firma del Solicitante/Beneficiario:	Fecha:

Si el solicitante/beneficiario no puede firmar, un representante autorizado puede firmar y proporcionar documentación legal de autoridad (por ejemplo, poder notarial, documentación de custodia).