

FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO

Puede utilizar este formulario si desea que otra persona pueda hablar con Steward Health Choice y actuar en su nombre. Esta persona se llama representante autorizado.

Nota: Un representante autorizado puede actuar en su nombre en todos los asuntos con Steward Health Choice, y puede recibir información personal sobre usted hasta que recibamos una notificación de cancelación.

¿Cómo puedo elegir un representante autorizado?

Un representante autorizado debe ser una persona u organización en la que usted confíe para actuar en su nombre. Es habitual que los afiliados elijan a uno de sus padres o tutores legales, a su cónyuge o a otra persona de confianza que acepte prestar asistencia. La persona que elija como representante autorizado deberá firmar también este formulario (véase la parte B más adelante).

¿Puedo elegir a más de una persona como representante autorizado?

Sí, puede elegir a más de una persona como representante autorizado. Cada una de estas personas debe dar su aprobación llenando un formulario de representante autorizado firmado. Cada representante debe llenar un formulario distinto.

¿Tengo que elegir un representante autorizado?

No. No tiene que elegir un representante autorizado. Puede optar por no firmar este formulario por cualquier motivo y esa elección no afectará a la inscripción en Steward Health Choice ni a la posibilidad de recibir sus beneficios.

¿Cómo termina la designación de un representante autorizado?

Si decide que ya no quiere tener un representante autorizado, puede notificarnos por teléfono, correo o fax (véase la información de contacto más abajo) cuándo quiere que termine la designación. La notificación debe incluir:

- Su nombre
- Dirección
- Fecha de nacimiento
- Nombre de su representante autorizado
- Una declaración de que la designación ha terminado
- Su firma o, si no puede proporcionar una notificación por escrito, la firma de alguien que actúe en su nombre.

Además, si su representante autorizado nos notifica que ya no actúa en su nombre, dejaremos de reconocer a la persona u organización como su representante autorizado.

¿Cómo puedo presentar este formulario?

Puede presentar este formulario de dos maneras:

1. Envíe el formulario por correo a:
Steward Health Choice
Attention: Authorized Representative Form
PO Box 298
Westwood, MA 02090
2. Envíe el formulario por fax al: 617-988-2973

Las preguntas sobre el formulario de divulgación autorizada deben dirigirse a Servicios para Miembros al 1-855-860-4949.

INSTRUCCIONES

En la página dos (2) del formulario, usted debe llenar la Parte A. En la página tres (3) del formulario, su representante autorizado debe llenar la Parte B. Puede optar por presentar la Parte A y la Parte B del formulario por separado, marcando la casilla de abajo. Si opta por presentarlas por separado, separe la Parte A y la Parte B o haga que su representante autorizado complete una copia del formulario. Ambas partes deben estar completamente cumplimentadas para que la designación del representante autorizado surta efecto.

Parte A: A llenar por el afiliado. Escriba en letra de imprenta, excepto la firma.

Nombre del afiliado (nombre, apellido)	Número de identificación de Steward Health Choice del afiliado
Fecha de nacimiento del afiliado (MM/DD/AAAA)	Dirección de correo electrónico del afiliado
Nombre del representante autorizado (nombre, apellido)	Número de teléfono del representante autorizado
Dirección del representante autorizado (dirección postal, ciudad, estado, código postal)	

Certifico que he elegido a la persona u organización arriba indicada para que sea el representante autorizado para mí y para los hijos dependientes menores de 18 años de los que soy el progenitor custodio y que entiendo los deberes y responsabilidades que tendrá esta persona u organización (como se ha explicado anteriormente en este formulario).

Firma del afiliado	Fecha
---------------------------	--------------

Marque esta casilla solo si la **Parte B** del formulario se presentará por separado

Parte B: A llenar por el representante autorizado. Escriba en letra de imprenta, excepto la firma.

Nombre del afiliado (nombre, apellido)	Número de identificación de Steward Health Choice del afiliado
Nombre del representante autorizado (nombre, apellido)	Número de teléfono del representante autorizado
Dirección del representante autorizado (dirección postal, ciudad, estado, código postal)	
Relación del representante autorizado con el afiliado	Fecha de nacimiento del representante autorizado

Certifico que mantendré en todo momento la confidencialidad de cualquier información relativa al solicitante o afiliado arriba indicado y, si procede, a los hijos dependientes de dicho solicitante o afiliado, que me proporcione Steward Health Choice.

Si también soy un proveedor, miembro del personal o voluntario afiliado a una organización, y estoy actuando en mi calidad de proveedor, miembro del personal o voluntario en relación con mi designación como representante autorizado, certifico que en todo momento cumpliré con todas las leyes y reglamentos estatales y federales aplicables en relación con la confidencialidad de la información y los conflictos de intereses, incluidos los establecidos en 42 C.F.R. parte 431, subparte F, 42 C.F.R. § 447.10 y 45 C.F.R. § 155.260(f).

Firma del representante autorizado	Fech
---	-------------

Marque esta casilla solo si la **parte A** del formulario se presentará por separado