



### Formulario de designación de Representante Autorizado

Esta forma le permite al miembro de UnitedHealthcare Community Plan a escoger a alguien que le ayude o que actúe en su nombre. La parte de arriba debe ser completada por el miembro. Si al miembro no le es posible llenar la parte de arriba de la forma, su representante legal puede llenarla. Esta forma debe ser completada y firmada. Favor enviarla por fax a: 1-844-386-9286 o por correo a:

**UnitedHealthcare Community and State Medicaid  
PO Box 30753  
Salt Lake City, UT 84130**

Si tiene preguntas, favor llámenos gratis al: 1-877-542-8997 (TTY# 711).

Nombre del miembro

Número de miembro UnitedHealthcare

Fecha de nacimiento

**Quiero permitirle a \_\_\_\_\_ a que sea mi representante.**  
Nombre del representante autorizado

Le permito a esta persona a hacer todas estas cosas por mí:

- Discutir información protegida de salud sobre mí y mi cuidado de salud
- Hacer cambios a mi Proveedor de Cuidados Primarios (PCP)
- Pedir una apelación o queja
- Llenar formularios necesarios

Yo entiendo que puedo revocar este permiso a mi Representante Autorizado de actuar a mi nombre, en cualquier momento.

Firma del miembro o su representante legal

(Nombre del representante legal)

Dirección del miembro

Ciudad, estado y código postal del miembro

Número de teléfono del miembro

Fecha de hoy