



DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE MISSOURI
DIVISIÓN DE APOYO A LA FAMILIA
DESIGNACIÓN DE UN REPRESENTANTE AUTORIZADO

Use este formulario si desea que un representante autorizado le ayude a solicitar cobertura de MO HealthNet, Asistencia Temporal, Cupones para Alimentos, Subsidio de Cuidados Infantiles o a actuar en su nombre si recibe cobertura de MO HealthNet, Asistencia Temporal o Cupones para Alimentos.

Si usted está incorporado en un programa de tratamiento y rehabilitación de adictos a las drogas y el alcohol y desea solicitar beneficios de Cupones para Alimentos, debe designar un representante autorizado que sea empleado del centro de tratamiento para que solicite los beneficios y acceda a los mismos en nombre de usted.

Si usted reside en un hogar colectivo y cumple los requisitos para recibir beneficios de Cupones para Alimentos por cuenta propia, no necesita firmar este formulario para solicitar o recibir beneficios de Cupones para Alimentos.

Tiene la opción de elegir un representante autorizado, pero también puede actuar por cuenta propia. Si usted ya tiene un tutor, un cuidador o un apoderado designados por un poder notarial válido conforme a las leyes de Missouri, a dicha persona le corresponde designar un representante autorizado para usted. Incluso si usted decidiera contar con un representante autorizado, es posible que la FSD ocasionalmente se comunice directamente con usted.

Instrucciones:

- Llene y firme(n) las Secciones 1 y 2. Solo se requiere un (1) formulario si se designa al mismo representante autorizado para ambos cónyuges de un matrimonio, o para usted y el otro progenitor.
- La persona, el centro o la organización que usted designe deben llenar y firmar la Sección 3 para confirmar que aceptan las responsabilidades que se indican a continuación.
- Devuelva el formulario lleno a la FSD en un plazo de 30 días a partir de la(s) fecha(s) en que usted y su representante autorizado firman y fechan el formulario.

SECCIÓN 1: SU INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA SER REPRESENTADO

SU(S) NOMBRE(S)		TELÉFONO
DOMICILIO	DIRECCIÓN POSTAL	
FECHA DE NACIMIENTO O DCN (NÚMERO DE CASO)		

DESIGNO COMO MI/NUUESTRO REPRESENTANTE AUTORIZADO A:

NOMBRE

MI REPRESENTANTE AUTORIZADO ES UNO DE LOS SIGUIENTES (MARQUE TODOS LOS QUE CORRESPONDAN):

Cónyuge Tutor legal Abogado Gestor público
 Departamento de Salud Mental Cuidador Poder notarial Ninguno de los anteriores

Al designar un representante autorizado, usted autoriza que la FSD envíe cartas y avisos a su representante autorizado.

Para Cupones para Alimentos: Autorizo/autorizamos que esta persona u organización se haga cargo de (marque una o más casillas):

- Ayudarme/Ayudarnos a solicitar beneficios de Cupones para Alimentos, lo cual incluye revisiones anuales, recepción de notificaciones y dar a conocer cambios.
 Acceder a mis beneficios (tarjeta EBT).
 Acceder a comunicaciones en línea en la cuenta de la FSD.
 Acceder a comunicaciones en línea en la cuenta de la FSD, solo después de que yo fallezca.

Para Asistencia Temporal (TA): Autorizo/autorizamos que esta persona se haga cargo de (marque una o más casillas):

- Ayudarme/Ayudarnos a solicitar beneficios de TA, lo que incluye que actúe en mi/nuestro nombre en caso de ser aprobado(s) para recibir beneficios de TA, lo cual además incluye revisiones anuales, recepción de notificaciones y dar a conocer cambios.
 Acceder a comunicaciones en línea en la cuenta de la FSD.
 Acceder a comunicaciones en línea en la cuenta de la FSD, solo después de que yo fallezca.

MO HealthNet: Si su representante autorizado le ayuda a realizar alguna solicitud, su autorización tendrá vigencia hasta que la FSD tome una decisión final sobre dicha solicitud, o usted puede darla por terminada antes notificando por escrito a la FSD. Si su representante autorizado actúa en nombre de usted, su autorización tendrá vigencia hasta que usted la dé por terminada, notificando por escrito a la FSD.

Autorizo/autorizamos que esta persona u organización se haga cargo de (marque una o más casillas):

- Ayudarme/Ayudarnos a solicitar cobertura de MO HealthNet.
 Actuar en mi/nuestro nombre en caso de recibir la cobertura de MO HealthNet, lo cual incluye revisiones anuales y dar a conocer cambios.
 Acceder a comunicaciones en línea en la cuenta de la FSD.
 Acceder a comunicaciones en línea en la cuenta de la FSD, solo después de que yo fallezca.

Para subsidio de Cuidados Infantiles: Autorizo/autorizamos que esta persona u organización se haga cargo de:

- Ayudarme/Ayudarnos a solicitar beneficios del Subsidio de Cuidados Infantiles.

La persona u organización que he/hemos designado es mayor de 18 años y tiene el conocimiento necesario de mi/nuestra situación para realizar mi/nuestra solicitud o actuar en mi/nuestro nombre. No hará declaraciones falsas ni engañosas, ni ocultará información, ni omitirá dar a conocer hechos o eventos que los reglamentos, leyes o disposiciones de este estado o de Estados Unidos exigen que se den a conocer.

NOTA: No es posible designar organizaciones como solicitantes o beneficiarios de Asistencia Temporal.

Comprendo/Comprendemos que soy/somos responsable/s de la información que mi/nuestro representante autorizado proporcione, incluida la información que pudiese ser incorrecta.

SU FIRMA (SOLICITANTE/PARTICIPANTE)	FECHA
FIRMA DE SU CÓNYUGE O EL OTRO PROGENITOR	

SECCIÓN 2: SU AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA Y OTRO TIPO DE INFORMACIÓN
(Para programas de MO HealthNet; OPCIONAL PARA programas de Cupones para Alimentos, Cuidados Infantiles y Asistencia Temporal)

Escriba su nombre y el nombre de una persona que puede recibir **información de salud protegida (PHI)** y otro tipo de información sobre usted. Escriba el nombre de una persona, **no** de una organización. Puede ignorar esta sección si va a designar como su representante autorizado a su cónyuge, abogado, apoderado, tutor, cuidador o un gestor público designado por un tribunal.

Yo/Nosotros, [su(s) nombre(s)] _____, solicito/solicitamos y autorizo/autorizamos que la División de Apoyo a la Familia revele información a la siguiente persona:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE:

En virtud de esta petición y de la autorización que otorgo/otorgamos, la FSD puede facilitar a la persona anteriormente mencionada:

- solicitudes de información;
- notificaciones de elegibilidad e información médica en relación con esta solicitud;
- mi/nuestra revisión anual;
- cartas sobre las acciones de la agencia.

Esta autorización será vigente hasta emitirse una decisión final sobre mi/nuestra solicitud, mi/nuestra revisión anual, o las acciones de la agencia para las cuales otorgo/otorgamos esta autorización. Si deseo/deseamos concluir mi/nuestra autorización antes, deberé/deberemos notificar por escrito a la FSD antes de emitirse una decisión final sobre la solicitud, la revisión anual o las acciones de la agencia.

Comprendo/Comprendemos que la FSD no es responsable de lo que ocurra con la información que la misma facilite porque he/hemos solicitado y autorizado que revele mi/nuestra Información de Salud Protegida. Comprendo/Comprendemos y admito/admitimos que la FSD me/nos ha proporcionado una copia firmada de este formulario.

SU FIRMA (SOLICITANTE/PARTICIPANTE)

FECHA

FIRMA DE SU CÓNYUGE O EL OTRO PROGENITOR

SECCIÓN 3: ACUERDO Y ACEPTACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

Individuo que actúa como Representante Autorizado: Llene y firme esta sección.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE

TELÉFONO

CORREO POSTAL DEL REPRESENTANTE

FECHA DE NACIMIENTO DEL REPRESENTANTE (ASISTENCIA TEMPORAL)

Tengo 18 años o más de edad y poseo el conocimiento necesario de la situación del solicitante para realizar su solicitud o actuar en su nombre. No haré declaraciones falsas ni engañosas, ni ocultaré información, ni omitiré dar a conocer hechos o eventos que los reglamentos, leyes o disposiciones de este estado o de los Estados Unidos exigen que se den a conocer.

Acepto ser el representante autorizado del solicitante para el (los) motivo(s) indicados en este formulario. Protegeré la privacidad de toda la información que reciba mientras actúe como representante autorizado, en apego a los reglamentos, leyes, estatutos y directrices federales, estatales y locales sobre privacidad.

FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

FECHA

Individuo que actúa como representante autorizado por afiliación a una organización o un centro: Llene y firme esta sección.

NOMBRE DEL CENTRO O LA ORGANIZACIÓN

DIRECCIÓN DEL CENTRO O LA ORGANIZACIÓN

CORREO ELECTRÓNICO DEL CENTRO O LA ORGANIZACIÓN

TELÉFONO DEL CENTRO O LA ORGANIZACIÓN

Yo represento al centro o la organización previamente mencionados. He comprobado mi identidad ante la División de Apoyo a la Familia. Tengo el conocimiento necesario de la situación del solicitante o participante para realizar su solicitud o actuar en su nombre. No haré declaraciones falsas ni engañosas, ni ocultaré información, ni omitiré dar a conocer hechos o eventos que los reglamentos, leyes o disposiciones de este estado o de los Estados Unidos exigen que se den a conocer. En nombre del participante, daré a conocer a la FSD todos los cambios que ocurran, según sea necesario. Informaré a la FSD en el momento en que deje de ser representante autorizado. Comprendo que una vez que deje de ser representante autorizado, tendré que hacer lo siguiente: •Dejar de usar inmediatamente la tarjeta EBT. •Notificar a la FSD, en un plazo de 48 horas, que mi condición de representante autorizado ha cambiado.

Acepto ser el representante autorizado del solicitante. Protegeré la privacidad de toda la información que reciba mientras actúe como representante autorizado, en apego a los reglamentos, leyes y directrices federales, estatales y locales sobre privacidad.

FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

FECHA

¿Necesita ayuda?

• Teléfono: **1-855-FSD-INFO (1-855-373-4636)**

• Internet: **mydss.mo.gov**

• En persona: **Visite cualquier Oficina de la FSD. Para localizar una oficina en su área, llame al teléfono anterior o visite nuestro sitio de internet.**