

**MEDICAID / BADGERCARE PLUS / FOODSHARE WISCONSIN**  
**AUTORIZACIÓN DE REPRESENTANTE**  
**AUTHORIZATION OF REPRESENTATIVE**

La persona que completó la solicitud de *Medicaid*, *BadgerCare Plus* y/o *FoodShare Wisconsin* en nombre de un solicitante tiene que llenar este formulario.

Los números de *Social Security* y la información de identificación personal sólo serán utilizados para la administración directa de *Medicaid*, *BadgerCare Plus* y *FoodShare Wisconsin*. El número de *Social Security* solicitado en este formulario será utilizado para la identificación correcta de un miembro que ya esté en nuestro sistema electrónico.

¿Completó usted una solicitud de *Medicaid*, *BadgerCare Plus* o *FoodShare Wisconsin* en nombre de otra persona y es usted el tutor o guardián legal o con poder legal durable para ocuparse de las finanzas de dicha persona?  Sí  No

Si respondió "Sí", deténgase aquí. Deberá presentar la documentación legal que lo autoriza a ser el tutor designado de esa persona o su apoderado legal durable en materia de finanzas ante la agencia local o tribal de su condado.

¿Es usted el representante autorizado completando la solicitud de *Medicaid*, *BadgerCare Plus* ó *FoodShare Wisconsin* en nombre de otra persona?  Sí  No

Si usted es un representante autorizado completando la solicitud de *Medicaid*, *BadgerCare Plus* ó *FoodShare Wisconsin* por otra persona, entonces deberá completar, junto con el solicitante, la información que se detalla a continuación y deberá firmar la sección "Derechos y Deberes" de la solicitud de *Medicaid*, *BadgerCare Plus* y/o *FoodShare Wisconsin*. Asimismo, para que pueda ser un representante autorizado, tanto usted como el solicitante deberán firmar el presente formulario.

Nombre del Representante Autorizado (Apellido, Nombre, Inicial)	Número de Teléfono (incluya el código de área)
Domicilio (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)	Dirección Electrónica (E-mail)

**Medicaid**

Yo \_\_\_\_\_ (nombre del solicitante/miembro) autorizo a la persona nombrada arriba a actuar en mi nombre en la presentación de mi solicitud de *Medicaid* / *BadgerCare Plus* ante la agencia local o tribal del condado que administra el programa y en las revisiones de mi inscripción. Asimismo, autorizo a mi representante a que suministre la información y la documentación que sean necesarias para establecer mi inscripción en *Medicaid* / *BadgerCare Plus*. La información que brindaré a mi representante será veraz y precisa, según mi leal saber y entender. Mi representante y yo entendemos que las sanciones por suministrar información fraudulenta pueden ser una multa de hasta \$10,000, y no más de un año en la prisión del condado.

**FoodShare Wisconsin**

Yo \_\_\_\_\_ (nombre del solicitante/miembro) autorizo a la persona nombrada arriba a actuar en mi nombre en la presentación / revisión de mi solicitud de *FoodShare Wisconsin*. Asimismo, autorizo a mi representante a que suministre la información y la documentación que sean necesarias para establecer mi inscripción en *FoodShare Wisconsin*. La información que brindaré a mi representante será veraz y precisa, según mi leal saber y entender. Mi representante y yo entendemos que las sanciones por suministrar información fraudulenta pueden ser la suspensión de *FoodShare Wisconsin* por 12 meses después de la primera violación, 24 meses después de la segunda violación, y permanentemente por la tercera violación. Dependiendo del valor de los beneficios mal usados, el individuo puede ser multado hasta por \$250,000, aprisionado por hasta 20 años, o ambas. Una corte puede también suspender al individuo por otros 18 meses más. Un individuo no podrá tomar parte en el programa *FoodShare* por 10 años si se encuentra que él/ella ha suministrado información o representación fraudulenta con respecto a identidad y residencia para así recibir múltiples beneficios a la misma vez.

**NOTA:** Un testigo que no sea su representante debe presenciar su firma. Si usted firma con una "X", se requieren las firmas de dos testigos.

<b>FIRMA</b> del Solicitante	Número de <i>Social Security</i>	Fecha de la Firma
<b>FIRMA</b> del Testigo (Requerida)		Fecha de la Firma
<b>FIRMA</b> del Testigo (Requerida si se firmó con una "X".)		Fecha de la Firma
En mi calidad de representante autorizado, entiendo que represento al solicitante arriba mencionado en lo que respecta a su elegibilidad para <i>Medicaid</i> , <i>BadgerCare Plus</i> y/o <i>FoodShare Wisconsin</i> y que la información suministrada es veraz y precisa, según mi leal saber y entender.		
<b>FIRMA</b> del Representante Autorizado		Fecha de la Firma