|  |
| --- |
| **PROGRAMA DE ESPECIALISTA EN BENEFICIOS****POR DISCAPACIDAD****ACUERDO DE REPRESENTANTE DESIGNADO****DISABILITY BENEFIT SPECIALIST PROGRAMAPPOINTED REPRESENTATIVE AGREEMENT** |
|  |

El Programa de especialistas en beneficios por discapacidad brinda información, asistencia y defensa con respecto a los programas de beneficios públicos y privados a personas de entre 18 y 59 años que se identifiquen con una discapacidad física, discapacidad intelectual o del desarrollo, trastorno de salud mental o trastorno por uso de sustancias. Un especialista en beneficios por discapacidad (DBS, por sus siglas en inglés) puede brindar servicios de asesoramiento sobre beneficios a los jóvenes que hacen la transición de los servicios para niños a los servicios para adultos a partir de los 17 años y seis meses. Un DBS puede asesorar a las personas sobre la elegibilidad para los programas de beneficios y puede ayudar en los procedimientos de solicitud y/o apelación para estos beneficios.

# Sección 1: Alcance de los servicios (servicios proporcionados)

Un representante designado es una persona que ha sido autorizada para actuar en nombre de otra persona con el propósito de acceder a los beneficios del Social Security Administration (SSA). Se debe firmar un formulario de designación de representante del reclamante ([Claimant’s Appointment of Representative form (SSA-1696)](https://www.ssa.gov/forms/ssa-1696.pdf)) y enviarlo a la SSA para formalizar la designación. Un representante designado no puede firmar una solicitud ni testificar en ningún procedimiento administrativo en nombre de otra persona. Un representante designado no puede volver a delegar su autoridad a nadie a quien el cliente no haya designado como su representante.

El DBS del centro de recursos para personas mayores y discapacitadas (ADRC) de       **,** está autorizado a actuar como un representante designado para       .

El DBS es el representante designado sólo para el propósito y la duración especificada:

1. Propósito:       .
2. Duración:       .

Al cumplir el propósito especificado o al expirar el período de tiempo especificado, lo que ocurra primero, el DBS dejará de ser el representante designado, a menos que la SSA considere que el retiro es perjudicial según el Código de Regulaciones Federales, título 20, secciones 404.1740 y 416.1540S.

Se debe presentar un nuevo formulario de designación de representante del reclamante (SSA-1696) ([Claimant’s Appointment of Representative form (SSA-1696)](https://www.ssa.gov/forms/ssa-1696.pdf) a la SSA para extender el estado de representante designado por la DBS.

# Sección 2: Derechos y responsabilidades del cliente

* De acuerdo con el Código de Reglamentos Federales, título 20, secciones 404.1512 y 416.912, el cliente debe informar a la SSA y/o presentar todas las pruebas que conozca en relación con su ceguera o discapacidad. Esta responsabilidad es continua y requiere que el cliente informe a la SSA de cualquier prueba adicional relacionada cuando tenga conocimiento de ella.
* El cliente puede retirar al DBS como su representante designado completando y presentando el formulario de Revocación de designación de representante del demandante (SSA-1696-SUP1) [Claimant’s Revocation of the Appointment of Representative form (SSA-1696-SUP1)](https://www.ssa.gov/forms/ssa-1696-sup1.pdf)a la SSA. El cliente se compromete a informar al DBS de la decisión de poner fin a la designación de representante.

# Sección 3: Divulgación, limitaciones y responsabilidades del DBS

* El DBS no es un abogado.
* El DBS no está afiliado a la SSA.
* Este acuerdo de representante designado sólo es válido mientras el formulario de designación de representante del reclamante (SSA-1696) ([Claimant’s Appointment of Representative form (SSA-1696)](https://www.ssa.gov/forms/ssa-1696.pdf)) esté vigente en la SSA.
* El DBS puede poner fin a la designación de representación llenando y presentando el formulario de retirada de la aceptación de una designación por parte del representante (SSA 1696 SUP2) ([Representative’s Withdrawal of Acceptance of an Appointment form (SSA‑1696‑SUP2)](https://www.ssa.gov/forms/ssa-1696-sup2.pdf)) a la SSA. El DBS debe enviar al cliente una notificación por escrito de su decisión de retirar la designación de representación.
* El DBS debe retirarse como representante designado si el cliente no cumple con su obligación de proporcionar a la SSA toda la información y las pruebas que conozca sobre si es ciego o discapacitado.
* De acuerdo con el Código de Reglamentos Federales, título 20, secciones 404.1740 y 416.1540, el DBS debe informar inmediatamente a la SSA si descubre que el cliente está utilizando o ha utilizado los servicios del DBS para cometer un fraude contra la SSA.

# Sección 4: Confidencialidad

Los servicios del DBS son confidenciales. El DBS no divulgará información sobre un cliente sin el consentimiento informado del cliente, a menos que lo permita el Wis. Admin Code § DHS 10.23(2)2 o lo requiera el Código de Reglamentos Federales, título 20, secciones 404.1740 y 416.1540.

[ ]  El ADRC de       emplea a más de un DBS. Al firmar este documento, el cliente entiende que todos los DBS de este ADRC tienen acceso a la información del cliente.

Al firmar este documento, el cliente comprende que parte de recibir los servicios del DBS implica el intercambio de información entre los DBS y su supervisor local, proveedor de asistencia técnica y el gerente del programa de DBS del Department of Health Services de Wisconsin para fines de supervisión de casos, informes de datos, y garantía de calidad. El supervisor local, el proveedor de asistencia técnica y el director del programa de DBS están sujetos a la confidencialidad y no comparten la información del cliente con nadie más que con el DBS sin el consentimiento informado del cliente.

# Sección 5: Firmas

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre del cliente (en letra de molde o a máquina)      | **FIRMA** – Cliente | Fecha de la firma |
| Nombre del tutor legal (en letra de molde o a máquina)      | **FIRMA** – Tutor legal  | Fecha de la firma |
| Nombre del DBS (en letra de molde o a máquina)      | **FIRMA** – DBS | Fecha de la firma |