

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

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

Los Números de Seguridad Social y la Información Personal Identificable sólo se utilizarán para la administración directa de Medicaid, BadgerCare Plus y FoodShare de Wisconsin. La solicitud de un Número de Seguridad Social en este formulario se utilizará solamente para identificar correctamente a un miembro que ya esté en nuestro sistema.

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

Si respondió "Sí", pare aquí. Usted debe presentar la documentación legal que lo autoriza a ser el tutor designado de esa persona o su apoderado legal durable en materia de finanzas.

¿Es usted un representante autorizado para completar la solicitud de Medicaid, BadgerCare Plus ó FoodShare de Wisconsin en nombre de otra persona?
 Sí No

Si usted es un representante autorizado para completar la solicitud de Medicaid, BadgerCarePlus o FoodShare de 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 de 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 () |
| Domicilio (calle, ciudad, estado, código postal) | Dirección de correo electrónico (opcional) |

Medicaid / BadgerCare Plus

Yo _____ (nombre del solicitante / miembro) autorizo a la persona nombrada anteriormente a actuar en mi nombre para completar y firmar solicitudes y formularios de renovación, incluso dar y recibir información que de algún modo se relacione con mi solicitud, determinación de elegibilidad y beneficios continuos. La información que proporcionaré 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 una prisión del condado.

FoodShare de Wisconsin

Yo _____ (nombre del solicitante / miembro) autorizo a la persona nombrada anteriormente a actuar en mi nombre en la solicitud/revisión para FoodShare de Wisconsin. Asimismo, autorizo a mi representante a que suministre la información y la documentación que sean necesarias para determinar mi elegibilidad para FoodShare de Wisconsin. La información que proporcionaré 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 de 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 usados de forma indebida, la persona puede ser multada por hasta \$250,000, puesta en prisión por hasta 20 años, o ambas cosas. Un tribunal puede también suspender a la persona por otros 18 meses más. Una persona será inelegible para participar por 10 años si se encuentra que él/ella ha hecho una declaración o representación fraudulenta con respecto a identidad y residencia para así recibir múltiples beneficios a la misma vez.

MEDICAID / BAGDERCARE PLUS / FOODSHARE WISCONSIN AUTHORIZATION OF REPRESENTATIVE
F-10126S (2/13)

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

| | | |
|---|----------------------------|-------------------|
| FIRMA – Solicitante | Número de Seguridad Social | Fecha de la firma |
| FIRMA - Testigo (Requerida) | | Fecha de la firma |
| FIRMA - Testigo (Requerida si se firmó con una "X".) | | Fecha de la firma |

En mi calidad de representante autorizado, entiendo que represento al solicitante mencionado anteriormente en lo que respecta a su elegibilidad para Medicaid y/o FoodShare de Wisconsin y que la información suministrada es veraz y precisa, según mi leal saber y entender.

| | |
|---|-------------------|
| FIRMA - Representante autorizado | Fecha de la firma |
|---|-------------------|