

NOMBRAR, CAMBIAR O RETIRAR A UN REPRESENTANTE AUTORIZADO: PERSONA APPOINT, CHANGE, OR REMOVE AN AUTHORIZED REPRESENTATIVE: PERSON

Complete y envíe el formulario para nombrar, cambiar o retirar a un representante autorizado, Formulario para una persona, F-10126A, para nombrar, cambiar o retirar a una persona que funciona como su representante autorizado.

Para nombrar a una **organización** como su representante autorizado, complete y envíe el formulario para nombrar, cambiar o retirar a un representante autorizado, Formulario para una organización, [F-10126BS](#).

Si usted tiene un tutor legal, conservador o apoderado, esa persona debe nombrar a un representante autorizado para usted si desea que alguien además de ellos sea su representante autorizado.

La información de identificación personal proporcionada en este formulario solo se utilizará para la administración directa de Medicaid, BadgerCare Plus, FoodShare, Family Planning Only Services y Caretaker Supplement de Wisconsin.

Información sobre el representante autorizado

Un representante autorizado es una persona que está familiarizada con las circunstancias de su hogar y en la que confía para actuar en su nombre. Cualquiera puede servir como su representante autorizado, **a excepción** de los siguientes:

- Las personas descalificadas por una violación intencional al programa FoodShare no pueden actuar como representantes autorizados durante el período de su descalificación a menos que nadie más pueda actuar como representante autorizado.
- Los proveedores de comidas a personas sin hogar no pueden servir como representantes autorizados a una unidad de alimentos para personas sin hogar. (Una unidad de alimento es una o más personas que viven juntas y compran y preparan comida juntas.)
- Los empleados de la agencia que ayudan a determinar la elegibilidad o los beneficios no pueden actuar como representantes autorizados. Sin embargo, en determinadas circunstancias, se les puede otorgar una aprobación escrita especial para que actúen como representantes autorizados.
- Los minoristas que están autorizados para aceptar los beneficios de FoodShare no pueden actuar como representantes autorizados.

Una vez nombrado, su representante autorizado puede hacer todo o parte de lo siguiente en su nombre:

- Solicitar o renovar beneficios
- Informar cambios a su información
- Trabajar con su agencia en cualquier asunto relacionado con sus beneficios
- Presentar quejas y apelaciones sobre su elegibilidad para los programas que está solicitando o para lo que está inscrito

También puede optar por que su representante autorizado obtenga copias de cartas sobre su elegibilidad y beneficios, obtener su tarjeta ForwardHealth, trabajar con los Servicios para Miembros de ForwardHealth y su HMO (organización de mantenimiento de la salud) en su nombre, así como presentar reclamos y apelaciones sobre sus servicios de atención médica (por ejemplo, tratamiento y facturas).

No necesita tener un representante autorizado para solicitar u obtener beneficios.

El representante autorizado que designe en este formulario puede actuar en su nombre para **cualquiera** de los siguientes programas: Medicaid, BadgerCare Plus, FoodShare, Family Planning Only Services y/o Caretaker Supplement de Wisconsin. Si está inscrito en alguno de estos programas **y** en el Wisconsin Works (W-2), su representante autorizado también puede actuar en su nombre para el W-2.

El representante autorizado que designe en este formulario **no puede** actuar en su nombre para el Wisconsin Shares Child Care Subsidy Program. Sin embargo, si desea que su representante autorizado obtenga copias de las cartas sobre su elegibilidad y beneficios y está inscrito en el Wisconsin Shares además de uno de los otros programas, su representante autorizado podrá ver u obtener copias de las cartas del Wisconsin Shares.

Instrucciones para llenar el formulario

Si no proporciona la información requerida en este formulario, incluida cualquiera de las firmas, el formulario se considerará incompleto y su representante autorizado **no podrá** actuar en su nombre.

Sección 1 – Debe completar la Sección 1. Deberá elegir si está nombrando, cambiando o retirando a un representante autorizado. También deberá proporcionar su nombre y fecha de nacimiento para que podamos identificarlo. Si nombra o cambia a un representante autorizado, elija si desea que su representante autorizado obtenga copias de sus cartas. Si también está solicitando o está inscrito en un programa de atención médica, elija si desea permitir que su representante autorizado tome más medidas en su nombre. Asegúrese de leer y aceptar la autorización de información de salud protegida antes de marcar Sí. A continuación, lea las declaraciones de entendimiento. Si está de acuerdo, firme y feche el formulario.

Sección 2 – Su representante autorizado debe completar la Sección 2. Su representante autorizado deberá proporcionar su nombre e información de contacto. Él o ella también necesitará leer las declaraciones de entendimiento y firmar y fechar el formulario si él o ella acepta las declaraciones.

Sección 3 – Si nombra o cambia a un representante autorizado, deberá pedirle a alguien además de su representante autorizado que lo observe firmar este formulario. Esta persona se llama testigo. Si firma este formulario con una "X", entonces dos testigos deben observarlo firmar el formulario. El testigo o los testigos deberán proporcionar su nombre, firma y la fecha en que firmaron el formulario.

Como presentar el formulario

Puede presentar su formulario completo de una de las siguientes maneras:

En línea

Escanee todas las páginas del formulario y envíelas a ACCESS. Puede hacerlo a través de su cuenta de ACCESS, iniciando sesión en access.wi.gov. (**Nota:** si no tiene una cuenta de ACCESS, puede ir a access.wi.gov y crear una).

Nota: Solo puede escanear formularios para enviar a ACCESS en ciertos momentos. Si no puede escanear el formulario para enviarlo a ACCESS, envíe el formulario usando una de las otras formas.

Por correo

- Si vive en el **condado de Milwaukee**, envíe el formulario por correo a:
MDPU
P.O. Box 05676
Milwaukee, WI 53205
- Si **no** vive en el condado de Milwaukee, envíe el formulario por correo a:
CDPU
P.O. Box 5234
Janesville, WI 53547

Por fax

- Si vive en el condado de **Milwaukee**, envíe el formulario por fax al 888-409-1979.
- Si **no** vive en el condado de Milwaukee, envíe el formulario por fax al 855-293-1822.

En persona

Lleve el formulario a su agencia. La información de contacto de su agencia se encuentra en el sitio web del Department of Health Services (DHS) de Wisconsin en www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm.

Para obtener más información sobre representantes autorizados, visite el sitio web de DHS en www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm.

SECCIÓN 1 Para ser completada por el solicitante/miembro



Estoy:

- Nombrando a un representante autorizado. Debe completar **toda** la Sección 1.
- Cambiando a mi representante autorizado. Debe completar **toda** la Sección 1. Asegúrese de escribir el nombre de su nuevo representante autorizado en la Parte B.
- Retirando a mi representante autorizado. Debe completar la **Parte A y E** de la Sección 1. Deje las Partes B y C en blanco.

Parte A: Información personal

Nombre – Solicitante/Miembro (Apellido, Nombre, Inicial)

Fecha de nacimiento

Número de caso (si tiene uno)

Parte B: Información de autorización

Nombro a la siguiente persona para que sea mi representante autorizado:

Deseo que mi representante autorizado obtenga copias de las cartas relacionadas con mi elegibilidad y beneficios.

- Sí No

En caso afirmativo, quiero que las copias se envíen en el siguiente idioma:

- Inglés Español

Parte C: Información de autorización adicional: solo para los programas de atención médica (opcional)

Solicito o estoy inscrito en un **programa de atención médica** (por ejemplo, Medicaid, BadgerCare Plus o Family Planning Only Services de Wisconsin) y deseo que mi representante autorizado haga todo lo siguiente:

- Obtener la tarjeta de ForwardHealth en mi lugar.
- Inscribirme en una HMO
- Hablar con los Servicios para Miembros de ForwardHealth o mi HMO sobre una factura, servicio u otra información médica, incluida la información de salud protegida. Asegúrese de leer y aceptar la autorización de información de salud protegida a continuación antes de marcar Sí.
- Presentar quejas y apelaciones sobre mi atención médica (por ejemplo, tratamiento y facturas).

- Sí No

Autorización para el uso y la divulgación de la información de salud protegida

Al marcar **Sí** anteriormente, autorizo al Department of Health Services de Wisconsin y a sus contratistas, incluidas las HMO, a divulgar (compartir) mi información de salud protegida a mi representante autorizado.

La información que autorizo a compartir puede incluir los siguientes tipos de información: reclamos, registros médicos, atención por abuso de sustancias, atención reproductiva, salud mental, enfermedades contagiosas, servicios de farmacia, VIH / SIDA, registros dentales y discapacidades del desarrollo.

La información se comparte para que mi representante autorizado pueda ayudarme a administrar mis beneficios de atención médica.

Entiendo que cualquier información utilizada o compartida basada en esta autorización podría ser divulgada (compartida) por la persona o entidad que la recibe y ya no estará protegida por las normas federales de privacidad.

Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a autorizar la divulgación de mi información de salud protegida marcando "No" arriba. El marcar "No" arriba, no afectará la provisión de tratamiento, el pago, la inscripción en un plan de salud o la elegibilidad para los beneficios, a menos que la autorización sea necesaria para determinar la elegibilidad para el programa o la inscripción en el programa.

Esta autorización continuará hasta que yo retire al representante autorizado en este formulario para que deje de ser mi representante autorizado o le deje saber a mi agencia que no deseo que mi representante autorizado tenga acceso a mi información de salud protegida por más tiempo. Puedo informarle a mi agencia por escrito sobre esto en cualquier momento; sin embargo, retirar la autorización no afectará la información de salud protegida que ya sido compartida.

Parte D: Declaraciones de entendimiento

Entiendo y acepto que:

- Tengo el derecho de elegir a cualquier persona que quiera para ser mi representante autorizado.
- Puedo cambiar o retirar a mi representante autorizado en cualquier momento. Debo informar a mi agencia por escrito que deseo cambiar o retirar a mi representante autorizado.
- No tengo que decirle a una persona que lo estoy retirando como mi representante autorizado
- El representante autorizado que figura en este formulario permanecerá como mi representante autorizado hasta que lo cambie o lo retire.
- Mi representante autorizado tendrá acceso a mi información personal, como mi número de Seguro Social, estados financieros e información médica, para ayudarme a gestionar mi elegibilidad. Si acepté la autorización de información de salud protegida anterior, entiendo que mi representante autorizado también tendrá acceso a esta información para ayudarme a administrar mis servicios de atención médica (por ejemplo, tratamiento y facturas médicas).
- Debo proporcionararle a mi representante autorizado información verdadera y precisa.
- Soy responsable de los errores y la información incorrecta que informe mi representante autorizado. Entiendo que si mi representante autorizado o yo doy información falsa o retengo información, puedo:
 - Tener que devolver los beneficios que no debería haber obtenido.
 - Ser multado.
 - Ser suspendido de un programa.
 - Ser procesado por fraude.
- Al firmar este formulario, indico que entiendo y acepto las declaraciones anteriores.

Parte E: Firma y fecha



FIRMA – Solicitante/Miembro

Fecha de la firma

SECCIÓN 2 Para ser completada por un representante autorizado



Parte A: Información de contacto

Nombre – Representante autorizado (Apellido, Nombre, Inicial)

Dirección postal

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono (incluya el código de área)

Dirección de correo electrónico (opcional)

Parte B: Declaraciones de entendimiento

Entiendo y acepto que:

- Como representante autorizado, me limito a hacer cualquiera o todo lo siguiente en nombre del solicitante o miembro:
 - Solicitar o renovar beneficios
 - Informar cambios a su información
 - Trabajar con la agencia del solicitante o miembro en cualquier asunto relacionado con beneficios
 - Presentar quejas y apelaciones relacionadas con la elegibilidad
- Se espera que esté familiarizado con las circunstancias del solicitante o miembro.
- El solicitante o miembro puede retirarme de ser su representante autorizado en cualquier momento.
- El solicitante o miembro no necesita notificarme que se me ha retirado de servir como su representante autorizado.
- Soy el representante autorizado del solicitante o miembro hasta que él o ella solicite un representante autorizado diferente o elija no tener un representante autorizado.
- Debo proporcionar información veraz y precisa.
- Si proporciono información inexacta o falsa, es posible que el solicitante o miembro deba devolver los beneficios de atención médica recibidos por error.
- Si violo intencionalmente las reglas del programa, debo devolver los beneficios de FoodShare que se usaron incorrectamente o que se recibieron por error.
- Debo cumplir con las leyes estatales y federales aplicables sobre conflictos de intereses y confidencialidad de la información.
- Al firmar este formulario, indico que entiendo y acepto las declaraciones anteriores.
- Al firmar este formulario, estoy indicando que seré el representante autorizado del solicitante o miembro que figura en la Sección 1.

Parte C: Firma y fecha



FIRMA – Representante autorizado

Fecha de la firma

SECCIÓN 3 Para ser completada por testigo(s)



Nombre – Testigo (Apellido, Nombre, Inicial)



FIRMA – Testigo

Fecha de la firma

Nombre – Testigo (Apellido, Nombre, Inicial (si el solicitante / miembro firmó con una X)



FIRMA – Testigo

Fecha de la firma

Declaración de no discriminación conjunta del USDA

Se prohíbe a esta institución discriminar sobre la base de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, creencias religiosas o políticas.

El Departamento de Agricultura de los EE. UU. también prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: [How to File a Complaint](#), y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Para obtener información adicional relacionada con problemas con el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), las personas deben comunicarse con el número de línea directa USDA SNAP Hotline al (800) 221-5689, que también está disponible en español, o llame a los números de [información/líneas directas de los estados](#) (haga clic en el vínculo para ver una lista de los números de las líneas directas de cada estado) que se encuentran en línea en: [SNAP Hotline](#)

Para presentar una denuncia de discriminación relacionada con un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (sistema TTY).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.