|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES Division of Medicaid Services  F-20987S (03/2017) | | | STATE OF WISCONSIN | | | |
| DESIGNACIóN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO **DESIGNATION OF AUTHORIZED REPRESENTATIVE**  **PROGRAMAS DE MEDICAID COMMUNITY WAIVER**  **INDIVIDUALIZED SERVICE PLAN (ISP) SOLAMENTE**  **(NO se debe usar para los documentos de elegibilidad financiera:**  **re. F-20919 o COP Hojas de Cálculos del Costo Compartido.)** | | | | | | |
| **Instrucciones:** Es preferible obtener la firma del solicitante/beneficiario en los documentos relacionados con los programas de *Medicaid Community Waiver* ya sea a través de una firma o marca que indique sus preferencias expresadas. (Las personas con dificultades cognitivas deben ser evaluadas para ver si otro método es más apropiado.) Sin embargo, el solicitante/beneficiario puede designar a alguien para que firme el ISP en su nombre al completar el siguiente formulario. Si se firma con una “X” o cualquier otra marca, el formulario debe constar de dos testigos. El representante autorizado asignado y/o el director del caso pueden actuar como testigos si el solicitante/beneficiario firma con una “X”. | | | | | | |
| Yo autorizo a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para que me represente  (Escriba en letra de molde su nombre completo)  y actúe en mi nombre y mejor interés en mi solicitud de *Medicaid Waiver Program*. He sido consultado en el diseño de mi plan de servicio y mi representante conoce mis preferencias. | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | **FIRMA** – Beneficiario / Solicitante | |  | Fecha de Hoy |  |
|  | | **FIRMA** – Testigo | |  | Fecha de Hoy |  |
|  | | **FIRMA** – Testigo | |  | Fecha de Hoy |  |
| Yo estoy de acuerdo en representar a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en su solicitud  (Escriba en letra de molde el nombre del solicitante)  de *Medicaid Waiver Program*. Yo he consultado con él/ella y sé que tipo de servicios son los necesarios o deseados. | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | **FIRMA** – Representante Autorizado | | |  | Fecha de Hoy |  |
|  | **FIRMA** – Testigo | | |  | Fecha de Hoy |  |