|  |  |
| --- | --- |
| DEPARTMENT OF HEALTH SERVICESDivision of Medicaid ServicesF-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 |  |