



Formulario de Autorización del Facilitador

P.O. Box 3599
 Topeka, KS 66601-9738
 Teléfono: 1-800-792-4884

Nombre del consumidor: _____

Identificación o Número de Seguro Social del consumidor: _____

Usted puede nombrar a una persona para que le ayude con su solicitud de asistencia médica. Este formulario se utiliza para designar a un Facilitador.

Un **Facilitador** es una persona u organización que puede ayudarle a llenar su solicitud y ayudarle a través del proceso de solicitud. Usted permanece a cargo de su caso. Nosotros podremos compartir información con esta persona. Su Facilitador recibirá copias de las cartas enviadas a usted sobre su solicitud. Usted tiene la opción de decirnos cuánto tiempo desea que se comparta la información (ver abajo). Esta autorización permanecerá en vigor hasta que se complete su solicitud. Un Facilitador puede ser un pariente, vecino, amigo, personal del consultorio médico o empleado de una organización comunitaria.

El Facilitador no puede hacer una solicitud de cobertura en nombre suyo.

Nombre y apellido					
Nombre de la organización					
Dirección Renglón 1					
Dirección Renglón 2					
Ciudad		Estado		Código Postal	
Número de teléfono			Correo electrónico		
¿Cuál es la relación de esta persona con usted? (Por ejemplo: hijo, amigo, vecino, proveedor médico, organización comunitaria, etc.)					

Autorizo el uso y divulgación de mi información de salud por la persona nombrada arriba a KDHE-DHCF, DCF y KDADS.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento notificando a KDHE-DHCF. Entiendo que después de divulgar esta información, la ley federal podría no protegerla y el destinatario podría divulgarla de nuevo.

Entiendo que tengo derecho a una copia de esta autorización.

Entiendo que esta autorización se vencerá en 6 meses a partir de la fecha en que se firme este formulario o una vez que se complete mi solicitud, lo que ocurra después. Elijo proporcionar una fecha diferente para el vencimiento de esta autorización: _____.

Una designación de una organización comunitaria, proveedor médico o del personal no puede exceder 12 meses.

Mi firma en este formulario significa que he leído y entendido las condiciones anteriores.

Firma: _____ Fecha: _____

Se requiere firma de testigos si la firma arriba se hace con una marca.

Testigo: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

Enviar el formulario completado por fax a: Family Medical programs 1-800-498-1255 o Elderly & Disabled Medical programs 1-844-264-6285