



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

**Formulario de autorización del facilitador**

Nombre del consumidor: \_\_\_\_\_ ID o SSN del consumidor: \_\_\_\_\_

Puede nombrar a una persona para que lo ayude con su solicitud de asistencia médica. Este formulario se usa para designar a un facilitador.

Un **facilitador** es una persona u organización que puede ayudarlo a completar su solicitud y ayudarlo a atravesar el proceso de solicitud. Usted permanece a cargo de su caso. Podremos compartir información con esta persona. Ella recibirá copias de las cartas que le enviemos a usted sobre su solicitud. Usted tiene la opción de decirnos por cuánto tiempo quiere que compartamos la información (vea a continuación). Esta comunicación permanecerá en efecto hasta que su solicitud se haya completado. Un facilitador puede ser un pariente, vecino, amigo, personal del consultorio médico o empleado de una organización comunitaria.

Este no puede hacer solicitudes de cobertura para usted.

Nombre y apellido					
Nombre de la organización					
Línea 1 de dirección					
Línea 2 de dirección					
Ciudad		Estado		Código postal	
Número de teléfono		Dirección de correo electrónico			
¿Qué relación tiene esta persona con usted? (Por ejemplo: hijo, amigo, vecino, proveedor médico, organización comunitaria, etc.)					

Autorizo que la persona nombrada anteriormente utilice o revele mi información médica a KDHE-DHCF, DCF y KDADS.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento notificándoselo a KDHE-DHCF. Entiendo que después de que esta información sea revelada, podría perder la protección de la ley federal y el receptor podría volver a revelarla.

Entiendo que tengo derecho a una copia de esta autorización.

Entiendo que puedo decidir con quién habla KDHE-DHCF proporcionando mis iniciales a continuación. Si usted quiere que KDHE-DHCF asigne un solo rol de facilitador para la organización, esto nos permitirá hablar con cualquier persona de esa organización en la ubicación de oficina especificada.

- Si quiere que KDHE-DHCF solo hable con las personas que ha indicado arriba, coloque sus iniciales aquí: \_\_\_\_\_.
- Si quiere que KDHE-DHCF asigne un solo rol de facilitador para la organización, coloque sus iniciales aquí: \_\_\_\_\_.

Entiendo que esta autorización vencerá en 6 meses a partir de la fecha de la firma de este formulario o una vez que mi solicitud se haya completado, según cuál de estas sea posterior. Prefiero proporcionar una fecha distinta para que esta comunicación venza: \_\_\_\_\_.

La designación de una organización comunitaria, de un proveedor médico o de personal no puede exceder los 12 meses.

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

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Son obligatorias las firmas de testigos si la firma anterior se hace con una marca.

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_