

DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE PARA APELACIÓN ANTE EL PLAN DE SALUD



Fecha:

Número de miembro:

Nombre:

Número de referencia/caso:

PARTE 1: DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE (debe llenarla el miembro)

Autorizo a _____ para que actúe en mi
(Nombre de la persona que quiere que actúe como su representante)
nombre al presentar una queja formal, reclamo o apelación ante mi plan de salud.

La persona que designo puede actuar en mi nombre al dar o recibir cualquier información sobre mi queja formal, reclamo o apelación ante mi plan de salud. Esto incluye información médica personal.

Miembro:	Fecha:
Dirección:	Teléfono (con código de área):
Ciudad:	Estado: Código postal:

Para presentar una apelación ante la Oficina de Apelaciones Administrativas (Administrative Appeals Office, AAO) del Departamento de Servicios Humanos, se requieren formularios adicionales. Solo los miembros o los representantes autorizados pueden solicitar una audiencia ante la AAO en virtud de §17-1703 1-3(c) de las Normas Administrativas de Hawaii (Hawaii Administrative Rules, HAR) y el Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), §438.402(c)(1)(ii), un proveedor o representante autorizado puede presentar una apelación en nombre de un miembro si el miembro da su consentimiento por escrito.

PARTE 2: ACEPTACIÓN DE LA DESIGNACIÓN (debe llenarla el representante del miembro para la apelación ante el plan de salud)

_____, acepto la designación. Actuaré
(Nombre de la persona que actuará como representante del miembro)
en nombre del miembro para presentar una queja formal, un reclamo o una apelación.

Relación con el miembro: (debe tener 18 años de edad o más)	
Firma del representante:	Fecha:
Dirección:	Teléfono (con código de área):
Ciudad:	Estado: Código postal:

Esta autorización es válida durante un año a partir de la fecha en que firme este formulario, a menos que nos comunique lo siguiente:

Fecha: ____/____/____ o Evento: _____
 Mes Día Año

Parte 3: SUS DERECHOS INDIVIDUALES (lea a continuación):

Entiendo que:

- No tengo que firmar este formulario.
- Puedo anular este formulario escribiendo a Kaiser Permanente a la dirección que se indica a continuación, salvo en lo que respecta a la información que ya se haya divulgado.
- Una vez que mi información médica protegida se divulgue a la persona u organización que especifiqué en la **Parte 1** de este formulario, es posible que la información en su poder ya no esté protegida por las leyes de privacidad.

Firma del miembro: _____ Fecha: _____

Una vez que llene este formulario, envíelo por correo postal, fax o entréguelo en la dirección que se indica a continuación:

Kaiser Permanente
 Hawaii Grievance and Appeals Operations
 711 Kapiolani Blvd
 Honolulu, HI 96813
 Línea telefónica gratuita: 800-966-5955
 TDD/TTY: 711
 Fax: 808-432-5260