

## Declaración de Designación de Representante

Usted puede recibir este documento en otro idioma, impreso en letra más grande o de cualquier otra manera que sea mejor para usted. Llame al número gratuito **1-800-813-2000**. Los usuarios del servicio TTY pueden llamar al 711.

*Puede recibir esta carta en otro idioma, en letra grande o en otro formato que sea más conveniente para usted. Llame al **1-800-813-2000** (TTY 711).*

\_\_\_\_\_  
Nombre del miembro

\_\_\_\_\_  
Número de Medicaid

\_\_\_\_\_  
Proveedor

\_\_\_\_\_  
Fechas de servicio

*Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest*  
Plan de salud

Autorizo a \_\_\_\_\_ para que actúe en mi nombre en el caso presentado ante Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest. Sé que mis registros de salud utilizados para mi apelación pueden compartirse con esta persona.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

### ***La persona designada debe llenar esta sección***

Yo, \_\_\_\_\_ acepto la función arriba mencionada.  
(Persona designada)

\_\_\_\_\_  
***Firma de la persona designada***

\_\_\_\_\_  
***Fecha***