

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