



## Formulario de Acuerdo de Autorización Estándar de MCAP

**Nombre del representante autorizado:**

**Nombre de la organización:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

El proveedor, empleado o voluntario de una organización debe firmar abajo para poder servir como representante autorizado. Debe presentarse un Acuerdo estándar de representante autorizado firmado ante Medi-Cal Access Program (MCAP). Este acuerdo es válido por un año a partir de la fecha en que lo firme la persona.

Marque todo lo aplicable:

- Entiendo que estoy actuando como representante autorizado a nombre de la organización nombrada arriba, que ha sido designada como representante autorizada del beneficiario o solicitante y que no actúo en mi propio nombre.
- Entiendo que la organización nombrada arriba es un proveedor o institución de cuidados de salud.
- Afirmo que antes de nombrar a la organización nombrada arriba, se le ha avisado o avisará a todo solicitante o beneficiario que tal organización es un proveedor o institución de cuidados de salud y sobre todos los conflictos de interés potenciales que podrían existir por ese motivo.

Al firmar abajo, por este medio acepto el nombramiento como representante autorizado y entiendo y acepto que:

- El solicitante o beneficiario puede cancelar esta autorización en cualquier momento y nombrar a otra persona u organización para actuar como su representante autorizado.
- No tengo poder para actuar a nombre del solicitante o beneficiario, excepto como se indicó en el formulario de nombramiento de representante autorizado.

- Este acuerdo estándar de representante autorizado no puede transferirse ni reasignarse a ninguna otra persona.
- El nombramiento de un representante autorizado no puede ser transferido o reasignado a otra persona u organización, sin un formulario de nombramiento de representante autorizado nuevo, completo y firmado por el solicitante o beneficiario.

Al firmar abajo, certifico que:

- No estoy descalificado para actuar como representante autorizado del solicitante.
- Debo cumplir con todas las leyes estatales y federales que rijan a los representantes autorizados, incluyendo, sin limitación, aquellas relativas a la confidencialidad de la información, la prohibición contra la reasignación de reclamos ante los proveedores y conflictos de interés.

Al firmar abajo, certifico bajo pena de perjurio bajo las leyes del estado de California, que la información de arriba es verdadera y correcta.

**Firma del representante autorizado:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_