

**DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO
DESIGNATION OF AUTHORIZED REPRESENTATIVE**

**PROGRAMAS DE MEDICAID COMMUNITY WAIVER
INDIVIDUALIZED SERVICE PLAN (ISP) SOLAMENTE
(NO se debe usar para los documentos de elegibilidad financiera:
re. F-20919 o COP Hojas de Cálculos del Costo Compartido.)**

Instrucciones: Es preferible obtener la firma del solicitante/beneficiario en los documentos relacionados con los programas de *Medicaid Community Waiver* ya sea a través de una firma o marca que indique sus preferencias expresadas. (Las personas con dificultades cognitivas deben ser evaluadas para ver si otro método es más apropiado.) Sin embargo, el solicitante/beneficiario puede designar a alguien para que firme el ISP en su nombre al completar el siguiente formulario. Si se firma con una "X" o cualquier otra marca, el formulario debe constar de dos testigos. El representante autorizado asignado y/o el director del caso pueden actuar como testigos si el solicitante/beneficiario firma con una "X".

Yo autorizo a _____ para que me represente
(Escriba en letra de molde su nombre completo)
y actúe en mi nombre y mejor interés en mi solicitud de *Medicaid Waiver Program*. He sido consultado en el diseño de mi plan de servicio y mi representante conoce mis preferencias.

FIRMA – Beneficiario / Solicitante

Fecha de Hoy

FIRMA – Testigo

Fecha de Hoy

FIRMA – Testigo

Fecha de Hoy

Yo estoy de acuerdo en representar a _____ en su solicitud
(Escriba en letra de molde el nombre del solicitante)
de *Medicaid Waiver Program*. Yo he consultado con él/ella y sé que tipo de servicios son los necesarios o deseados.

FIRMA – Representante Autorizado

Fecha de Hoy

FIRMA – Testigo

Fecha de Hoy