



P.O. Box 3599  
 Topeka, KS 66601-9738  
 Teléfono: 1-800-792-4884

## Formulario de Autorización del Facilitador

Nombre del consumidor: \_\_\_\_\_

Identificación del consumidor o Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Usted puede nombrar a una persona para que le ayude con su solicitud de asistencia médica. Este formulario se utiliza para designar a un Facilitador.

Un **Facilitador** es una persona u organización que puede ayudarle a llenar su solicitud y ayudarle a través del proceso de solicitud. Usted permanece a cargo de su caso. Nosotros podremos compartir información con esta persona. Esta persona recibirá copias de cartas enviadas a usted sobre su solicitud. Usted tiene la opción de decirnos cuánto tiempo desea que se comparta la información (ver abajo). Esta autorización permanecerá en vigor hasta que se complete su solicitud. Un Facilitador puede ser un pariente, vecino, amigo, personal del consultorio médico o empleado de una organización comunitaria.

El facilitador no puede hacer una solicitud de cobertura en nombre suyo.

Nombre y apellido					
Nombre de la organización					
Dirección Renglón 1					
Dirección Renglón 2					
Ciudad		Estado		Código Postal	
Número de teléfono		Correo electrónico			
¿Cuál es la relación de esta persona con usted? (Por ejemplo: hijo, amigo, vecino, proveedor médico, organización comunitaria, etc.)					

Autorizo el uso y la divulgación de mi información de salud por parte de la persona nombrada arriba a KDHE-DHCF, DCF y KDADS.

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento notificando a KDHE-DHCF.

Entiendo que después de divulgar esta información, la ley federal podría no protegerla y el destinatario podría divulgarla de nuevo.

Entiendo que tengo derecho a una copia de esta autorización.

Entiendo que esta autorización se vencerá en 12 meses a partir de la fecha en que se firme este formulario o una vez que se complete mi solicitud, lo que ocurra más tarde. O usted puede proporcionar una fecha diferente para el vencimiento de esta autorización: \_\_\_\_\_.

Mi firma en este formulario significa que he leído y entendido las condiciones anteriores.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Se requiere la firma de testigos si la firma arriba se hace con una marca.

Testigo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_