Kansas
Department of Health and Environment
Division of Health Care Finance

First and Last Name
Address Line 1
Address Line 2
City, State, and Zip

Date
First and Last Name

Hemos recibido su solicitud o revisión de cobertura médica adjunta. Le estamos devolviendo los formularios debido a que no están firmados. No podemos tramitar su solicitud sin una firma válida.

Si desea presentar una solicitud para usted, se le agradece revise los formularios adjuntos para asegurarse de que está de acuerdo con la información proporcionada. Si la información no es correcta o está incompleta, haga los cambios necesarios. Si la información es correcta, no es necesario hacer ningún cambio. Una vez que haya revisado los formularios, lea y firme la página adjunta **Aplicación M-6 para Medicaid/Página de firma de la revisión.**

Si usted tiene un tutor o curador, no puede firmar los formularios usted mismo o designar a alguien para que firme por usted. Su tutor o curador debe firmar los formularios por usted. Si tiene un tutor o curador, dicha persona debe revisar los formularios adjuntos y luego leer y firmar el/la **Aplicación M6 para Medicaid/Página de firma de la revisión** adjunto(a). Sírvase también proporcionar una prueba de que esta persona es su tutor o curador.

Por favor, proporcione también pruebas de que esta persona es su tutor o curador. Devuelva los formularios revisados y el **Formulario de Autorización de Representante Médico** o la **Página de Firma de Solicitud/Revisión de Medicaid M-6** en el sobre adjunto. No podemos procesar su solicitud o revisión de cobertura de atención médica hasta que se reciban estos formularios.

Usted puede elegir que un representante médico le ayude a preparar su solicitud de cobertura médica. Un representante médico es una persona que puede firmar su solicitud o revisión, responder a sus preguntas y utilizar su tarjeta de asistencia médica de parte suya. Nosotros compartiremos información con esta persona. Esta persona recibirá copias de las cartas que le sean enviadas a usted sobre su caso. Esta persona es responsable de completar su revisión cada año y de comunicarnos los cambios en su situación. El representante médico puede ser un familiar, un vecino, un amigo u otra persona de confianza. No puede nombrar a alguien que le esté intentando cobrar una deuda. Si desea designar a un representante médico, rellene y firme la sección M de la solicitud o la sección E de la revisión o rellene el/la **KC-6100 Medical Representative Authorization Form** documento adjunto(a).

Si tiene alguna pregunta, llame a KanCare al 1-800-792-4884 de Lunes a Viernes en el horario de 08:00 a.m. am a 5:00 pm.

TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA MÁS ARRIBA DEBE SER ENVIADA A: KanCare PO Box 3599 Topeka, KS 66601. Números de fax: Médico de Familia 1-800-498-1255 or Ancianos y Discapacitados 1-844-264-6285

We offer interpretation services at no cost. Ofrecemos servicios de interpretación sin costo alguno If you cannot read this notice in Spanish please call 1-800-792-4884 and one of the Spanish-speaking people or a translator at KanCare will assist you.