

ASIGNACIÓN DE UN REPRESENTANTE AUTORIZADO PARA MI APELACIÓN

Usted tiene el derecho de elegir un representante autorizado para ayudarle con una apelación de elegibilidad. Se trata de una persona de confianza que tiene su permiso para hablar de su apelación con nosotros, ver su información y actuar por usted en asuntos relacionados con su apelación, incluyendo obtener información y firmar la solicitud de apelación. Si usted quiere tener un representante autorizado, complete y envíe este formulario.

Su información

1. Nombre (Primer nombre, Segundo Nombre, Apellido)

2. Identificación del Caso de Apelación # (Si tiene uno)

APL-

3. Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)

Información de su representante autorizado

4. Nombre (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido)

5. Dirección Residencial

6. Número de apartamento o suite

7. Ciudad

8. Estado

9. Código Postal

10. Número de teléfono con código de área

11. Nombre de organización (si aplica)

12. Número de identificación (ID) (si aplica)

Su firma

Al firmar a continuación, usted autoriza a la persona mencionada en la casilla 4 firmar su solicitud de apelación, obtener información oficial sobre su apelación, y/o actuar en su nombre en todas las situaciones futuras relacionadas con esta apelación.

13. Firma

14. Fecha de firma (mm/dd/yyyy)

Haga una copia para sus archivos y envíe este formulario completo a:

Centro de Apelaciones del Mercado de Seguros Médicos

P.O. Box 311

Pittston, PA 18640

También puede enviar el formulario por nuestra línea segura de fax al 1-877-369-0129.

Para cambiar o eliminar a su representante autorizado, o para más información, llame al Centro de Apelaciones del Mercado al 1-855-231-1751. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-739-2231. Nuestro horario es de lunes a viernes, de 7:30 am a 11 pm hora del este (ET) y sábado, de 10 am a 5:30 pm ET.

Servicios de Ayuda de Idioma

Si necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés, tiene derecho a recibir ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Llame al 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325) para obtener información acerca de estos servicios.

Accesibilidad

Para solicitar ayuda o servicio auxiliar, puede:

- Llame al 1-844-ALT-FORM (1-844-258-3676). Los usuarios de TTY deben llamar al: 1-844-716-3676.
- Enviar un fax al 1-844-530-3676.
- Enviar un correo electrónico a: AltFormatRequest@cms.hhs.gov
- Enviar una carta a:

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo y Derechos Civiles (OEOCR en inglés)

7500 Security Boulevard, Sala N2-22-16

Baltimore, MD 21244-1850

Attn: Equipo de Formato Alternativo de CMS

Divulgación de Privacidad

El Mercado de Seguros Médicos protege la privacidad y seguridad de la información de identificación personal (PII en inglés). Visite CuidadoDeSalud.gov/es/privacy/. Estamos autorizados para recopilar la información en este formulario y la documentación, incluyendo los números de Seguro Social, bajo la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Ley Pública Nº 111-148), modificada por la Ley del Cuidado de Salud y Reconciliación de la Educación de 2010 (Ley Pública Nº 111-152), reglamentos de implementación en 45 CFR parte 155, subparte F y el Acta del Seguro Social. Para obtener más información acerca de la privacidad y seguridad de su información, visite CuidadoDeSalud.gov/es/privacy/. Para más información acerca de la privacidad y seguridad de su PII, visite CuidadoDeSalud.gov/es/privacy.

Declaración de Divulgación PRA

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta solicitud de información es 0938-1213. Se estima que el tiempo requerido para un intercambio seguro de salud como se define en el CFR 155.20 para generar esta solicitud de información será de 15

minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para redactar el texto del aviso apropiado, revisar el aviso, realizar pruebas de usuario, incorporar cambios, garantizar el cumplimiento de la escritura normal, las normas de acceso al idioma, y de legibilidad. Si tiene algún comentario sobre la exactitud del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244 -1850