



FORMULARIO PARA REPRESENTANTE APROBADO

Fecha: _____

Número del Caso
(si se conoce): _____

a96ffb79-884e-417b-a97a-68b78bb760f7

Use este formulario si desea que alguien le represente para solicitar beneficios de alimentos SNAP, dinero y beneficios médicos en el Departamento Cuidado de Salud y Servicios Para Familias o el Departamento de Servicios Humanos.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO

- Para nombrar a un Representante Aprobado: Complete la Sección A (sección de información del solicitante/cliente) y complete, firme, y feche la Sección B (sección de permiso del solicitante/cliente) en la página 2. Pídale a su representante que complete, firme y feche la Sección C (sección del representante) en la página 3.
 - Si tiene un apoderado o tutor legal ordenado por la corte, debe enviar ese documento legal con este formulario
 - Un solicitante que vive en una institución para alcohol o drogas debe tener un representante aprobado para solicitar y recibir beneficios de alimentos SNAP.
 - Usted no le debe pagar a nadie para que le ayude a solicitar beneficios.
- Información de Salud: La ley federal dice que no podemos compartir su información de salud sin su permiso excepto en ciertas circunstancias. Si usted completa, firma, y devuelve este formulario, nos está dando permiso para compartir información sobre su salud con la persona u organización que nombra como su Representante Aprobado. Tenemos más información acerca de nuestras prácticas sobre la privacidad en <http://www2.illinois.gov/hfs/Documents/0921063806.pdf> y en <http://www.dhs.state.il.us/onenetlibrary/12/documents/Forms/IL444-4775S.pdf>
- Derecho a Descontinuar: En cualquier momento usted puede descontinuar a esta persona u organización de que sean su representante aprobado. Si decide que ya no quiere que esta persona u organización lo representen a usted, complete la Sección A (sección de información del solicitante/cliente) y complete, firme y feche la Sección D (sección para cancelar mi representante aprobado). Este cambio toma efecto después de que recibamos su petición firmada por usted.
- **Guarde una copia de este formulario en sus archivos.** También, tenemos copias en blanco de este formulario en <http://www.dhs.state.il.us/onenetlibrary/12/documents/Forms/IL444-2998S-IES.pdf> o <http://www.hfs.illinois.gov/hipaa/forms.html>.

- **CÓMO DESIGNAR UN REPRESENTANTE APROBADO:** Utilice una de las 3 formas sencillas a continuación
 1. Ir a <https://abe.illinois.gov/abe/access/> y aprobar un representante al completar la solicitud o a través de Administrar mi caso - Informar cambios - Cambiar la información de contacto y luego cargar este formulario en ABE; o
 2. Puede devolver este formulario en persona a su Centro de Recursos de la Comunidad Familiar local; o
 3. Complete, firme y envíe este formulario por correo o fax a:
 - a) Correo a P.O. Box 19138, Springfield, IL 62794-9138 o
 - b) Fax to 1-844-736-3563
- Las solicitudes para cancelar mi representante aprobado en este formulario pueden devolverse como se indicó anteriormente
- Si tiene preguntas sobre este formulario, puede llamar a la Línea de ayuda al cliente de ABE al: 1-800-843-6154 (línea gratuita); 1-866-324-5553, 711 RELAY (TTY / Nextalk) DHS.ABE.Questions@Illinois.gov.



FORMULARIO PARA REPRESENTANTE APROBADO

Fecha: _____

Número del Caso
 (si se conoce): _____

a96ffb79-884e-417b-a97a-68b78bb760f7

Use este formulario si desea que alguien le represente para solicitar beneficios de alimentos SNAP, dinero y beneficios médicos en el Departamento Cuidado de Salud y Servicios Para Familias o el Departamento de Servicios Humanos.

SECCIÓN A

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE/CLIENTE: Complete esta sección si usted es el solicitante o el cliente.

Nombre del solicitante / cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Social Security Number (not required): _____ Recipiente I.D. o Número de Caso: _____

Nombre del Representante Aprobado: _____

Relación del Representante con el Solicitante / Cliente: _____

Yo quiero (marque una casilla solamente)

Nombrar un nuevo Representante Aprobado

Cancelar mi Representante Aprobado (omite las Secciones B y C y vaya a la Sección D (Cancelar mi Representante Aprobado) en la página 3).

SECCIÓN B

PERMISO DEL SOLICITANTE/CLIENTE: Complete, firme y feche esta sección si usted es el cliente o el solicitante

Asuntos	Los asuntos que deseo Mi Representante Aprobado haga por mí:
Todos los Asuntos	<ul style="list-style-type: none"> Actúe en mi nombre en todos los asuntos, incluyendo todos los elementos que se enumeran a continuación. (Nota: este formulario de representante aprobado no autoriza la representación para apelaciones. Para autorizar a un representante para apelaciones, envíe una autorización escrita por separado al presentar la apelación).
Solicitar Beneficios	<ul style="list-style-type: none"> Completar, firmar y enviar mi solicitud parabeneficios. Recibir y enviar información sobre mi solicitud.
Continuar Elegibilidad	<ul style="list-style-type: none"> Completar, firmar y entregar redeterminaciones Recibir y enviar información sobre la redeterminaciones Reportar cambios en mis circunstancias que pueden afectarmi elegibilidad.
Información de Salud	<ul style="list-style-type: none"> Recibir copias de todos los avisos sobre mis beneficios. Pedir información (verbal y escrita) relacionada a mi atención médica. Yo doy permiso a los departamentos para que compartan información de mi salud (incluso información sobre abuso de sustancias, salud mental, información de prueba genética, y VIH/ SIDA (AIDS) con el Representante Aprobado.
Plan de Salud de Inscripción y cancelación de la inscripción	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar y recibir la educación y la información sobre los programas de atención médica administrada y planes de salud. Actúe en mi nombre para inscribirse, cambiarse o desinscribirse de un plan de atención médica administrada y / o proveedor de atención primaria (PCP), según lo permita el programa.

Con la siguiente firma, doy permiso al Representante Aprobado para que me represente en los asuntos que he marcado arriba. Yo entiendo que soy responsable por la información que mi Representante Aprobado entrega a los departamentos, incluyendo alguna información que pueda ser incorrecta. También, entiendo que tengo que completar una petición para cancelar cualquier Representante Aprobado que ya no quiera que me represente.

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____



FORMULARIO PARA REPRESENTANTE APROBADO

Fecha: _____

Número del Caso

(si se conoce): _____

a96ffb79-884e-417b-a97a-68b78bb760f7

SECCIÓN C

SECCIÓN DEL REPRESENTANTE: Complete, firme y feche esta sección si usted es el Representante.

Use este formulario si desea que alguien le represente para solicitar beneficios de alimentos SNAP, dinero y beneficios médicos en el Departamento Cuidado de Salud y Servicios Para Familias o el Departamento de Servicios Humanos.

Aviso para el Representante Aprobado: Es un delito menor de Clase C para cualquier persona u organización cobrar honorarios por ciertos servicios al cliente o solicitante. Vea 305 ILCS 5/8A-18 y 20 ILCS 2225/5.

Marque solo uno:

- Yo soy la persona que representa al cliente o solicitante. Complete 1, 2, 3 y 4a.
- Yo soy una organización que representa al cliente o solicitante. Complete 1, 2, 3 y 4b.

1. Nombre del Representante: _____
 2. Dirección del Representante: _____
 3. Número de Teléfono del Representante: _____

4a.
 Yo acepto cumplir con las regulaciones en 42 CFR Parte 431, Subparte F y en 45 CFR 155.260 (f) (relacionado con la confidencialidad de la información), 42 CFR 447.10 (En relación con la prohibición de la reasignación de proveedor reclama como apropiado para una facilidad o una organización que actúa en nombre de la instalación), así como otras leyes estatales y federales relevantes sobre conflictos de interés y confidencialidad de la información.

Firma de Representante: _____ Fecha: _____

4b.
 Nombre de la persona que completa esta sección y que firma lo siguiente: _____
 Nombre de la Organización: _____
 Yo estoy de acuerdo de que tengo la autoridad para representar a la organización nombrada arriba. Y también estoy de acuerdo a nombre de la organización, que dicha organización mantendrá la confidencialidad de cualquier información del solicitante o cliente. La organización y todos sus proveedores, funcionarios y voluntarios de la organización cumplirán con todas las leyes federales y estatales referentes a conflictos de interés, confidencialidad de la información y prohibiciones en contra de reasignación de reclamos del proveedor.
 Firma de la Organización Representante: _____ Fecha: _____

SECCIÓN D

SECCIÓN PARA CANCELAR MI REPRESENTANTE APROBADO

Instrucciones para el Solicitante/Cliente:
 • Usted debe completar esta sección **SOLO SI** ya no desea que el Representante Aprobado le represente.
 • Complete, firme y feche abajo y entregue este formulario según las instrucciones de la página 1.
 También debe completar la Sección A en la página 3.
 Yo ya no deseo que la persona u organización nombrada a continuación sea mi Representante Aprobado.
 Mi Nombre es: _____
 Nombre del Representante Aprobado: _____
 Firma: _____ Fecha: _____