



**DESIGNACIÓN DE UN REPRESENTANTE AUTORIZADO**

Use este formulario si desea que un representante autorizado le ayude a solicitar cobertura de MO HealthNet, Asistencia Temporal, Cupones para Alimentos, Subsidio de Cuidados Infantiles y/o a actuar en su nombre si recibe cobertura de MO HealthNet, Asistencia Temporal y/o Cupones para Alimentos.

Si usted está incorporado en un programa de tratamiento y rehabilitación del consumo de drogas y alcohol y desea solicitar beneficios de Cupones para Alimentos, debe designar un representante autorizado que sea empleado del centro de tratamiento para que solicite los beneficios y acceda a los mismos en nombre de usted.

Si usted reside en un hogar colectivo y cumple los requisitos para recibir beneficios de Cupones para Alimentos por cuenta propia, no necesita firmar este formulario para solicitar o recibir beneficios de Cupones para Alimentos.

Tiene la opción de elegir un representante autorizado, pero también puede actuar por cuenta propia. Si usted ya tiene un tutor, un cuidador o un apoderado, designado por un poder notarial válido conforme a las leyes de Missouri, a dicha persona le corresponde designar un representante autorizado para usted. Incluso si usted decidiera contar con un representante autorizado, es posible que la FSD ocasionalmente se comunique directamente con usted.

**Instrucciones:**

1. Llene y firme(n) las Secciones 1 y 2. Sólo se requiere un (1) formulario si se designa al mismo representante autorizado para ambos cónyuges de un matrimonio, o para usted y el otro progenitor.
2. La persona, el centro o la organización que usted designe debe llenar y firmar la Sección 3 para confirmar que acepta las responsabilidades que se indican a continuación.
3. Devuelva el formulario lleno a la FSD **en un plazo de 30 días** a partir de la(s) fecha(s) en que usted y su representante autorizado firman y fechan el formulario.

**SECCIÓN 1: SU INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA SER REPRESENTADO**

SU(S) NOMBRE(S)	TELÉFONO
-----------------	----------

DOMICILIO

DIRECCIÓN POSTAL

FECHA DE NACIMIENTO O DCN (NÚMERO DE CASO)

**DESIGNO COMO MI/NUESTRO REPRESENTANTE AUTORIZADO A:**

NOMBRE

MI REPRESENTANTE AUTORIZADO ES UNO DE LOS SIGUIENTES (MARQUE TODOS LOS QUE CORRESPONDAN):

<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Tutor legal	<input type="checkbox"/> Abogado	<input type="checkbox"/> Gestor público
<input type="checkbox"/> Departamento de Salud Mental	<input type="checkbox"/> Cuidador	<input type="checkbox"/> Poder notarial	<input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores

Al designar un representante autorizado, consiente que la FSD envíe cartas y avisos a su representante autorizado.

**Para Cupones para Alimentos:** Autorizo/autorizamos que esta persona u organización se haga cargo de (marque una o más casillas):

- Ayudarme/Ayudarnos a solicitar beneficios de Cupones para Alimentos, lo cual incluye revisiones anuales, informes de cambios y recepción de notificaciones.
- Acceder a mis beneficios (tarjeta EBT).
- Acceder a comunicaciones en línea en la cuenta de FSD.
- Acceder a comunicaciones en línea en la cuenta de FSD, solo después de que yo fallezca.

**Para Asistencia Temporal (TA):** Autorizo/autorizamos que esta persona se haga cargo de (marque una o más casillas):

- Ayudarme/Ayudarnos a solicitar beneficios de TA, lo que incluye que actúe en mi/nuestro nombre si me/nos aprueban para recibir beneficios de TA, lo cual además incluye revisiones anuales, informes de cambios y recepción de notificaciones.
- Acceder a comunicaciones en línea en la cuenta de FSD.
- Acceder a comunicaciones en línea en la cuenta de FSD, solo después de que yo fallezca.

**MO HealthNet:** Si su representante autorizado le ayuda a realizar solicitudes, su autorización tendrá vigencia hasta que la FSD tome una decisión final sobre su solicitud, o usted puede concluirla antes notificando por escrito a la FSD. Si su representante autorizado actúa en nombre de usted, su autorización tendrá vigencia hasta que usted la dé por terminada, notificando por escrito a la FSD.

Autorizo/autorizamos que esta persona u organización se haga cargo de (marque una o más casillas):

- Ayudarme/Ayudarnos a solicitar cobertura de MO HealthNet.
- Actuar en mi/nuestro nombre si recibo/recibimos la cobertura de MO HealthNet, lo cual incluye revisiones anuales e informes de cambios.
- Acceder a comunicaciones en línea en la cuenta de FSD.
- Acceder a comunicaciones en línea en la cuenta de FSD, solo después de que yo fallezca.

**Para subsidio de Cuidados Infantiles:** Autorizo/autorizamos que esta persona u organización se haga cargo de:

- Ayudarme/Ayudarnos a solicitar beneficios del Subsidio de Cuidados Infantiles.

La persona u organización que he/hemos designado es mayor de 18 años y tiene el conocimiento necesario de mi/nuestra situación para realizar mi/nuestra solicitud o actuar en mi/nuestro nombre. No hará declaraciones falsas o engañosas, ni ocultará información, ni omitirá notificar hechos o eventos que los reglamentos, leyes o disposiciones de este estado o de los Estados Unidos exigen que se den a conocer.

**NOTA:** No es posible designar organizaciones como solicitantes o beneficiarios de Asistencia Temporal.

Comprendo/Comprendemos que soy/somos responsable/s de la información que mi/nuestro representante autorizado proporcione, incluida la información que pudiese ser incorrecta.

SU FIRMA (SOLICITANTE/PARTICIPANTE)	FECHA
FIRMA DE SU CÓNYUGE O EL OTRO PROGENITOR	

**SECCIÓN 2: SU AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA Y OTRO TIPO DE INFORMACIÓN (Para programas de MO HealthNet; OPCIONAL PARA programas de Cupones para Alimentos, Cuidados Infantiles y Asistencia Temporal)**

Escriba su nombre y el nombre de una persona que puede recibir **información de salud protegida (PHI)** y otro tipo de información sobre usted. Escriba el nombre de una persona, **no** de una organización. Puede ignorar esta sección si va a designar como su representante autorizado a su cónyuge, abogado, apoderado, tutor, cuidador o un gestor público designado por un tribunal.

Yo/Nosotros, [su(s) nombre(s)] \_\_\_\_\_, solicito/solicitamos y autorizo/autorizamos que la División de Apoyo a la Familia revele información a la siguiente persona:  
NOMBRE DEL REPRESENTANTE:

Como resultado de esta petición y de la autorización que otorgo/otorgamos, la FSD puede facilitar a la persona anteriormente mencionada:

- solicitudes de información;
- notificaciones de elegibilidad e información médica en relación con esta solicitud;
- mi/nuestra revisión anual;
- cartas sobre las acciones de la agencia.

Esta autorización será vigente hasta la decisión final sobre mi/nuestra solicitud, mi/nuestra revisión anual, o las acciones de la agencia para las cuales otorgo/otorgamos esta autorización. Si deseo/deseamos finalizar mi/nuestra autorización antes, deberé/deberemos notificar por escrito a la FSD antes de la decisión final sobre la solicitud, la revisión anual o las acciones de la agencia.

Comprendo/Comprendemos que la FSD no es responsable de lo que ocurra con la información que la misma facilite porque he/hemos solicitado y autorizado que revele mi/nuestra Información de Salud Protegida. Comprendo/Comprendemos y admito/admitimos que la FSD me/nos ha proporcionado una copia firmada de este formulario.

SU FIRMA (SOLICITANTE/PARTICIPANTE)	FECHA
FIRMA DE SU CÓNYUGE O EL OTRO PROGENITOR	

**SECCIÓN 3: ACUERDO Y ACEPTACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO**

**Individuo que actúa como Representante Autorizado:** Llene y firme esta sección.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE	TELÉFONO
--------------------------	----------

CORREO POSTAL DEL REPRESENTANTE
---------------------------------

FECHA DE NACIMIENTO DEL REPRESENTANTE (ASISTENCIA TEMPORAL)
---

Tengo 18 años de edad y poseo el conocimiento necesario de la situación del solicitante para realizar su solicitud o actuar en su nombre. No haré declaraciones falsas o engañosas, ni ocultaré información, ni omitiré notificar hechos o eventos que los reglamentos, leyes o disposiciones de este estado o de los Estados Unidos exigen que se den a conocer.

Acepto ser el representante autorizado del solicitante para el (los) motivo(s) indicados en este formulario. Protegeré la privacidad de toda la información que reciba mientras actúe como representante autorizado, en apego a los reglamentos, leyes, estatutos y directrices federales, estatales y locales sobre privacidad.

FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO	FECHA
------------------------------------	-------

**Individuo que actúa como representante autorizado por afiliación a una organización o un centro:** Llene y firme esta sección.

NOMBRE DEL CENTRO O LA ORGANIZACIÓN
-------------------------------------

DIRECCIÓN DEL CENTRO O LA ORGANIZACIÓN
--

CORREO ELECTRÓNICO DEL CENTRO O LA ORGANIZACIÓN	TELÉFONO DEL CENTRO O LA ORGANIZACIÓN
---	---------------------------------------

Yo represento al centro o la organización previamente mencionados. He comprobado mi identidad ante la División de Apoyo a la Familia. Tengo el conocimiento necesario de la situación del solicitante o participante para realizar su solicitud o actuar en su nombre. No haré declaraciones falsas o engañosas, ni ocultaré información, ni omitiré notificar hechos o eventos que los reglamentos, leyes o disposiciones de este estado o de los Estados Unidos exigen que se den a conocer.

En nombre del participante, notificaré a la FSD todos los cambios que ocurran, según sea necesario. Informaré a la FSD si dejo de ser representante autorizado.

Comprendo que una vez que deje de ser representante autorizado, tendré que hacer lo siguiente:

- Dejar de usar inmediatamente la tarjeta EBT.
- Notificar a la FSD, en un plazo de 48 horas, que mi condición de representante autorizado ha cambiado.

Acepto ser el representante autorizado del solicitante. Protegeré la privacidad de toda la información que reciba mientras actúe como representante autorizado, en apego a los reglamentos, leyes y directrices federales, estatales y locales sobre privacidad.

FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

FECHA

**¿Necesita ayuda?**

- Teléfono: **1-855-FSD-INFO (1-855-373-4636)**
- Internet: **mydss.mo.gov**
- En persona: **Visite cualquier Oficina de la FSD. Para localizar una oficina en su área, llame al teléfono anterior o visite nuestro sitio de internet.**