



## DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO

Es posible que otra persona actúe en su nombre en un proceso de apelación, queja o reclamo. La persona que usted indique a continuación se aceptará como su representante. No podemos comunicarnos con ninguna persona que hable en su nombre hasta tanto recibamos este formulario. Devuelva este documento a:

Ambetter Health  
Attn: Appeals and Grievances Department  
PO Box 10341  
Van Nuys, CA 91410  
Fax: 1-833-886-7956

Comuníquese con nosotros por teléfono al: 1-833-543-3145 (TTY 711)

Yo, \_\_\_\_\_, (Nombre del miembro en letra de imprenta) quiero que la siguiente persona actúe en mi nombre en relación con mi apelación, queja o reclamo. Entiendo que mi representante puede recibir información médica personal relacionada con mi apelación, queja o reclamo.

**1. Nombre del representante (en letra de imprenta):**

---

**2. Dirección del representante:**

---

Dirección o apartado postal	N.º de dpto.
-----------------------------	--------------

---

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

(      ) Número de teléfono (durante el día)	(      ) Número de teléfono (durante la noche)
---	---

**3. Breve descripción de la apelación, la queja o del reclamo en el que el representante actuará en mi nombre:**

---

---

---

---

**4. Firma del miembro:**

---

Firma del miembro (o padre/madre/tutor)\*

Identificación (ID) del miembro: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del miembro: \_\_\_\_\_

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

\* Relación con el miembro:  Miembro     Padre/madre     Tutor

**5. Firma del representante:**

---

Firma del representante del miembro\*

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

\* Relación con el miembro:  Padre/madre     Tutor     Otra (especificar) \_\_\_\_\_

Ambetter Health es la marca comercial que se usa para los productos y servicios ofrecidos por una o más de las subsidiarias de propiedad plena de Centene Corporation, que son emisoras en los estados que se indican en AmbetterHealth.com.