Otros formatos e idiomas
Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que usted prefiera de forma gratuita. Comuníquese con Explore Health por correo electrónico a explorehealth@oha.oregon.gov o por teléfono al 855-268-3767 (voz). Aceptamos llamadas por servicio de retransmisión.

Solicitud de Representante Autorizado de Explore Health

Tiene derecho a elegir a un representante autorizado para que le ayude.

Se trata de una persona de confianza que cuenta con su autorización para hablar sobre su solicitud con Explore Health, consultar su información y actuar en su nombre en asuntos relacionados con su solicitud, lo que incluye recibir información sobre usted y firmar documentos en su nombre. Si desea designar a un representante autorizado, debe completar y enviar este formulario. Su representante autorizado puede ser un abogado, pero no es obligatorio que lo sea.

Su representante autorizado podrá:

- firmar su solicitud y otros formularios como si fuera usted;
- presentar actualizaciones;
- responder a las solicitudes de renovación o verificación en su nombre;
- recibir copias de sus notificaciones y otras comunicaciones de Explore Health; y
- actuar en su nombre en todos los demás asuntos con Explore Health **hasta que nos indique que desea realizar algún cambio**.

Si en algún momento necesita cambiar de representante autorizado, incluida la revocación de la autorización de su representante, comuníquese con el Centro de Ayuda al Cliente de Explore Health al 855-268-3767 (se aceptan llamadas por servicio de retransmisión).

Paso 1: Información del solicitante principal

ID de la solicitud: _____

ID del hogar: _____

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido): _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): _____

Correo electrónico: _____

Número de teléfono particular: _____

Número de teléfono móvil: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado y código postal: _____

Paso 2: Información del representante autorizado

Al designar a un representante autorizado, usted solicita que Explore Health envíe todas las comunicaciones a su representante.

Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido): _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): _____

Correo electrónico: _____

Número de teléfono particular: _____

Número de teléfono móvil: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado y código postal: _____

Paso 3: Acuerdos y firmas

(excepto agentes de seguros y asistentes[1])

Un representante autorizado puede realizar, entre otras tareas, las siguientes gestiones en nombre del solicitante: firmar y presentar solicitudes y renovaciones, comunicar cambios y recibir copias de notificaciones y otras comunicaciones.

Un representante autorizado puede actuar en nombre del solicitante en relación con los programas de Explore Health, ODHS o la OHA que solicita o recibe (excepto el programa de asistencia temporal para sobrevivientes de violencia doméstica y, en algunos casos, los servicios de atención a largo plazo). Esto se aplicará a todos los solicitantes del hogar. El

[1] Los agentes de seguros y asistentes ya firmaron un Acuerdo de participación que incluye estos términos y condiciones. Por lo tanto, no es necesaria su firma. Los agentes de seguros y asistentes deben completar el formulario de autorización. No se les permite ser designados como representantes autorizados en las cuentas de los consumidores.

representante autorizado que se menciona en este formulario reemplazará a cualquier representante autorizado previamente designado para el hogar.

La persona u organización elegida como representante autorizado seguirá siendo el representante autorizado hasta que:

- un solicitante del hogar comunica a Explore Health, al ODHS o a la OHA que desea dar por terminada esta autorización; o
- el representante autorizado comunica a Explore Health, al ODHS o a la OHA que desea dar por terminada esta autorización; o
- la persona u organización deja de tener permiso para actuar como representante autorizado del solicitante; o
- el representante autorizado es sustituido por un nuevo representante autorizado designado por el solicitante o por un representante autorizado si existe una autorización legal vigente (por ejemplo, un poder notarial o una tutela).

Si el representante autorizado proporciona información incorrecta o incompleta a Explore Health, al ODHS o a la OHA y esto da lugar a un sobrepago, los solicitantes y cualquier otra parte responsable tendrán que devolver lo que no deberían haber recibido. Si el representante autorizado deliberadamente retiene información o proporciona información incorrecta, también tendrá que devolver el sobrepago. El representante autorizado debe mantener la confidencialidad de cualquier información proporcionada por Explore Health, el ODHS o la OHA en relación con cualquier persona que figure en la solicitud o el caso, así como cumplir con cualquier otra ley estatal y federal relevante sobre conflictos de interés y confidencialidad de la información.

Al firmar este formulario, la persona abajo firmante autoriza a su representante autorizado a actuar en su nombre tal y como se ha especificado anteriormente para cualquiera de los siguientes fines**:**

☐ Hasta el (fecha en mm/dd/aaaa): _____

☐ Hasta que yo, el solicitante principal, indique que el representante ya no está autorizado para actuar en mi nombre.

Firma del solicitante principal: _____

Fecha de la firma (mm/dd/aaaa): _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Firma del representante autorizado: _____

Fecha de la firma (mm/dd/aaaa): _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Paso 5. Envíe la solicitud completa por cualquiera de las siguientes maneras

- Si es usted representante autorizado legalmente designado de otra persona, adjunte la constancia a esta solicitud.
- No envíe documentos originales. Los documentos se conservarán durante un máximo de 60 días y se destruirán después de cargarlos en el portal del consumidor.
- Conserve una copia del formulario completado para sus registros.

En línea	Correo postal	Fax
Para agilizar el procesamiento, cargue este documento en su cuenta en línea en ExploreHealthOR.gov.	Explore Health PO Box 191 Salem, OR 97308	888-705-8691

Explore Health: Mercado de Seguros Médicos de Oregon
PO Box 191
Salem, OR 97308
855-268-3767 (se aceptan llamadas por servicio de retransmisión)
Espanol.ExploreHealthOR.gov