

**DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE****Fecha:****N.º de miembro:****Nombre:****N.º de referencia/caso:****PARTE 1: DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE** (el miembro debe completarla)

Autorizo a \_\_\_\_\_ a que actúe en mi  
 (Nombre de la persona que quiere que sea su representante)  
 nombre para presentar una queja, una reclamación o una apelación.

La persona autorizada puede actuar en mi nombre para brindar o recibir cualquier información relacionada con mis quejas, reclamaciones o apelaciones, incluida información médica personal.

Miembro:	Fecha:
Dirección:	N.º de teléfono (con código de área)
Ciudad:	Estado:                      Código postal:

**PARTE 2: ACEPTACIÓN DE LA DESIGNACIÓN** (el representante debe completarla)

Yo, \_\_\_\_\_, acepto esta asignación. Actuaré en nombre del  
 (nombre de la persona que representará al miembro)  
 miembro para presentar una queja, una reclamación o una apelación.

Relación con el miembro: (debe ser mayor de 18 años)	
Firma del representante:	Fecha:
Dirección:	N.º de teléfono (con código de área)
Ciudad:	Estado:                      Código postal:

La autorización tiene vigencia de un año desde la fecha en que firma este formulario, a menos que nos indique otra fecha a continuación:

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ o evento: \_\_\_\_\_  
Mes    Día    Año

Si firma el formulario y no es el miembro ni la persona designada como responsable por el miembro, se necesita un documento legal en los registros de WellCare of Kentucky. De acuerdo con nuestro Departamento de Cumplimiento, se estableció un límite específico para el sistema, que está destinado a todos los miembros mayores de 18 años. De este modo, nos aseguramos de no hablar con otra persona que no sea el miembro, a menos que hayamos recibido un poder de representación (POA) o documentos relacionados con la tutela.

Complete este formulario. Envíelo por correo, por fax o de forma personal a la siguiente dirección:

**[WellCare Health Plans<sup>131</sup>  
[P.O. Box 31372  
Tampa, FL 33631-3372<sup>115</sup>  
[Fax - 813-464-8413<sup>124</sup>**

Firma del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

WellCare of Kentucky complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-389-9457 (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-389-9457 (TTY: 711).

注意：如果您說使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-389-9457 (TTY: 711)。