



RICK SCOTT
GOVERNOR

JUSTIN SENIOR
SECRETARY

DESIGNACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO PARA LA SELECCIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN ADMINISTRADA

Nombre del beneficiario:

Apellido: _____ **Nombre:** _____ **Inicial del segundo nombre:** _____

Número de identificación de Medicaid del Beneficiario: _____ **Año de Nacimiento del beneficiario:** _____

Deseo designar a la persona siguiente como mi representante autorizado a los efectos de la selección de mi plan de atención médica administrada.

Entiendo perfectamente que esta designación de la representación autorizada sólo permite a mi representante a que pueda tomar la decisión de salud de seleccionar mi plan de atención médica administrada.

Representante: _____
(Nombre escrito con letra de molde)

Dirección: _____

Teléfono: _____

Número de identificación emitido por el gobierno: _____
(Ejemplos: Licencia de Conducir, Pasaporte, etc.)

Los últimos 5 dígitos del número de Seguro Social: _____

Fecha: _____

Beneficiario: _____
(Nombre escrito con letra de molde)

Testigo: _____
(Nombre escrito con letra de molde)

(Firma)

(Firma)

Fecha: _____

Fecha: _____

2727 Mahan Drive • Mail Stop #62
Tallahassee, FL 32308



Visite AHCA por internet
AHCA.MyFlorida.com

Instrucciones para el formulario

Los datos del beneficiario:

Apellido: Escriba el apellido legal del beneficiario.

Nombre: Escriba el nombre legal del beneficiario.

Inicial del segundo nombre: Escriba la primera letra del segundo nombre legal del beneficiario.

Número de identificación de Medicaid del Beneficiario: Escriba el número de identificación de Medicaid del beneficiario.

Fecha de nacimiento del Beneficiario: Ingrese al año de nacimiento para el beneficiario.

Los datos del representante:

Representante: Escriba el nombre legal completo del representante.

Dirección: Escriba la dirección de correo del representante.

Número de identificación emitido por el gobierno: Escriba el número de la identificación oficial emitida por el gobierno del representante.

(Si el representante no tiene una identificación oficial emitida por el gobierno, entonces se debe pasar al siguiente paso.)

Los últimos 5 dígitos del número de Seguro Social: Escriba los últimos 5 dígitos del número de Seguro Social del representante.

Instrucciones finales:

El formulario debe ser firmado y fechado por el beneficiario y un testigo y se debe enviar mediante uno de los siguientes métodos.

Email	Fax	Correo
flenrollmentrequest@automated-health.com	(850) 402-4678	Agency for Health Care Administration P.O. Box 5197 Tallahassee, FL 32314