

**DESIGNAR, CAMBIAR O EXIMIR DE SU OBLIGACIÓN A UN REPRESENTANTE AUTORIZADO:
PERSONA
(APPOINT, CHANGE, OR REMOVE AN AUTHORIZED REPRESENTATIVE: PERSON)**

Complete y envíe el formulario F-10126A "Designar, cambiar o eximir de su obligación a un representante autorizado: persona" para designar, cambiar o quitar a una persona la condición de ser su representante autorizado.

En cambio, para designar a una **organización** como su representante autorizado, complete y envíe el formulario [F-10126B: "Designar, cambiar o eximir de su obligación a un representante autorizado: organización"](#).

Si tiene un tutor legal de bienes, un tutor legal de la persona y de los bienes o un cuidador, esa persona debe nombrar a un representante autorizado por usted en caso de que desee que otra persona además de su tutor o cuidador sea su representante autorizado. Si tiene poder notarial durable vigente para la administración de finanzas, usted o la persona con poder notarial puede nombrar a un representante autorizado.

Un tutor legal de la persona puede designar a un representante autorizado para usted solo si los documentos judiciales que designan al tutor legal de la persona le otorgan al tutor la autoridad para actuar en su nombre con su elegibilidad y beneficios en programas de asistencia pública.

Un poder notarial para atención médica no tiene la capacidad de actuar en su nombre para designar a un representante autorizado.

La información de identificación personal facilitada en este formulario se usará exclusivamente para la gestión directa de los programas Wisconsin Medicaid, BadgerCare Plus, FoodShare, SeniorCare, Family Planning Only Services y Caretaker Supplement.

Información sobre el representante autorizado

Un representante autorizado es una persona familiarizada con las circunstancias de su grupo familiar y en la que usted confía para que actúe en su nombre. Cualquiera puede actuar como su representante autorizado, **excepto** los siguientes casos:

- Las personas que no están calificadas por una violación intencionada al programa FoodShare no pueden actuar como representantes autorizados durante su período de descalificación, a menos que no haya otra persona que pueda actuar como tal.
- Los proveedores de comida para las personas sin hogar no pueden actuar como representantes autorizados para una unidad de alimentación de personas sin hogar. (Una unidad de alimentación consiste en una o más personas que viven juntas y compran o elaboran comidas juntas).
- Los empleados de la agencia que ayudan a determinar la elegibilidad o los beneficios no pueden actuar como representantes autorizados. Es posible que se les otorgue una aprobación especial por escrito para que actúen como representantes autorizados en ciertas circunstancias.
- Los vendedores minoristas que están autorizados a aceptar los beneficios de FoodShare no pueden actuar como representantes autorizados.

Una vez designado, su representante autorizado puede tomar cualquiera o todas las siguientes medidas en su nombre:

- Solicitar o renovar beneficios
- Informar cambios en su información
- Trabajar con una agencia en cuestiones relacionadas con sus beneficios
- Presentar quejas y apelaciones acerca de su elegibilidad para los programas que está solicitando o en los que está inscrito

También, puede elegir que su representante autorizado reciba copias de cartas sobre su elegibilidad y sus beneficios, reciba su tarjeta de ForwardHealth, trabaje con los Servicios para Miembros de ForwardHealth y su HMO (organización para el mantenimiento de la salud) en su nombre, y presente quejas y apelaciones sobre sus servicios de atención médica (por ejemplo, tratamiento y facturas).

No es necesario que tenga un representante autorizado para solicitar u obtener beneficios.

El representante autorizado que designe en este formulario podrá actuar en su nombre en relación con cualquiera de los siguientes programas: Wisconsin Medicaid, BadgerCare Plus, FoodShare, SeniorCare, Family Planning Only Services o Caretaker Supplement. Si está inscrito en alguno de estos programas y en Wisconsin Works (W-2), su representante autorizado también podrá actuar en su nombre en lo relativo a W-2.

El representante autorizado que designe en este formulario **no puede** actuar en su nombre para el programa Wisconsin Shares Child Care Subsidy. Si presenta la solicitud para Wisconsin Shares, es necesario que presente la solicitud usted mismo.

Instrucciones para el formulario

Si hay información requerida que falta en este formulario, como alguna de las firmas, el formulario se considerará incompleto y su representante autorizado **no podrá** actuar en su nombre.

Sección 1: usted debe completar esta sección. Deberá elegir si designará, cambiará o quitará a una persona su condición de representante autorizado. También, deberá proporcionar su nombre y fecha de nacimiento, de modo que podamos identificarlo. Si designará o cambiará a un representante autorizado, elija si desea que su representante autorizado reciba copias de sus cartas. A su vez, si presenta una solicitud para un programa de atención médica o si está inscrito en uno, elija si permitirá que su representante autorizado tome más medidas en su nombre. No olvide leer y expresar su acuerdo con la autorización a la información médica protegida antes de marcar Sí. A continuación, lea las declaraciones de entendimiento. Si está de acuerdo, firme y feche el formulario.

Sección 2: su representante autorizado debe completar esta sección. Su representante autorizado deberá proporcionar su nombre e información de contacto. También, deberá leer las declaraciones de entendimiento y, si está de acuerdo con ellas, firmar y fechar el formulario.

Sección 3: si designará o cambiará a un representante autorizado, deberá contar con una persona, además de su representante autorizado, para que lo observe firmar este formulario. Esta persona se conoce como testigo. Si firma este formulario con una "X", se necesitarán dos testigos para que lo observen firmar el formulario. El testigo o los testigos deberán proporcionar los nombres, las firmas y la fecha en que firmaron el formulario.

Envío del formulario

Puede enviar el formulario completo mediante una de las siguientes formas:



En línea

Escanee todas las páginas del formulario y guárdelas en ACCESS. Puede hacer esto a través de su cuenta de ACCESS, en la que puede iniciar sesión en access.wi.gov. (**Nota:** Si no tiene una cuenta de ACCESS, puede visitar access.wi.gov y crear una).

Nota: Solo puede escanear formularios y guardarlos en ACCESS en determinados momentos. Si no puede escanear el formulario y guardarlo en ACCESS, envíe el formulario mediante una de las otras formas.



Fax

- Si vive en el **condado de Milwaukee**, envíe el formulario por fax al 888-409-1979.
- Si **no** vive en el condado de Milwaukee, envíe el formulario por fax al 855-293-1822.



Correo postal

- Si vive en el **condado de Milwaukee**, envíe el formulario por correo a la siguiente dirección:
MDPU
6055 N. 64th St.
Milwaukee, WI 53218
- Si **no** vive en el condado de Milwaukee, envíe el formulario por correo a la siguiente dirección:
CDPU
P.O. Box 5234
Janesville, WI 53547



En persona

Lleve el formulario a su agencia. La información de contacto de su agencia se encuentra en el sitio web del Department of Health Services (DHS, Departamento de Servicios de Salud) de Wisconsin en dhs.wi.gov/im-agency.

Para obtener más información sobre los representantes autorizados, visite el sitio web del DHS en www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm.

**SECCIÓN
1**

A completar por el solicitante/miembro



Decidí realizar lo siguiente:

- ☐ Designaré un representante autorizado. Debe completar **toda** la Sección 1.
- ☐ Cambiaré a mi representante autorizado. Debe completar **toda** la Sección 1. Asegúrese de escribir el nombre de su nuevo representante autorizado en la Parte B.
- ☐ Eximiré de su obligación a mi representante autorizado. Debe completar las **Partes A y E** de la Sección 1. Deje en blanco las Partes B y C.

Parte A: Información personal

Nombre completo del solicitante/miembro (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Fecha de nacimiento

Número de caso (si corresponde)

Parte B: Información sobre la autorización

Designo a la siguiente persona para que actúe como mi representante autorizado:

Quiero que mi representante autorizado reciba copias de las cartas sobre mi elegibilidad y beneficios.

☐ Sí ☐ No

Parte C: Información adicional sobre la autorización - Solo para programas de atención médica (opcional)

Solicito o estoy inscrito en un **programa de atención sanitaria** (por ejemplo, Wisconsin Medicaid, BadgerCare Plus, SeniorCare o Family Planning Only Services) y deseo que mi representante autorizado realice todas las acciones siguientes:

- Recibir mi tarjeta ForwardHealth en mi lugar. (Esto no aplica a SeniorCare).
- Me inscriba en una HMO. (Esto no aplica a SeniorCare).
- Hable con los Servicios para Miembros de ForwardHealth o mi HMO acerca de una factura, un servicio u otra información médica, incluida la información médica protegida. No olvide leer y expresar su acuerdo con la autorización de información médica protegida, detallada a continuación, antes de marcar Sí.
- Presentar quejas y apelaciones sobre mis servicios de atención médica (por ejemplo, tratamiento y facturas).

☐ Sí ☐ No

Autorización para usar y divulgar información médica protegida

Al marcar **Sí** arriba, autorizo al Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud) de Wisconsin y a sus contratistas, incluidas las HMO, a divulgar (compartir) mi información médica protegida con mi representante autorizado.

La información que autorizo a compartir puede incluir los siguientes contenidos: reclamos, registros médicos, atención por abuso de sustancias, atención reproductiva, salud mental, enfermedades contagiosas, servicios de farmacia, VIH/SIDA, registros dentales y discapacidades del desarrollo.

La información se comparte con el objetivo de que mi representante autorizado pueda ayudarme a administrar mis beneficios de atención médica.

Entiendo que cualquier información usada o compartida en virtud de esta autorización puede volver a ser compartida por la persona o entidad que la reciba y ya no estará protegida por las reglamentaciones federales de privacidad.

Comprendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a autorizar la divulgación de mi información médica protegida marcando No arriba. Marcar No no afectará la provisión de un tratamiento, el pago, la inscripción en un plan médico ni la elegibilidad para los beneficios, a menos que la autorización sea necesaria a fin de determinar la elegibilidad para el programa o la inscripción en él.

Esta autorización continuará hasta que exima de su obligación al representante autorizado en este formulario o hasta que comunique a mi agencia que ya no deseo que mi representante autorizado acceda a mi información médica protegida. Puedo comunicarme al respecto con mi agencia por escrito y en cualquier momento; no obstante, retirar la autorización no afectará la información médica protegida que ya se ha compartido.

Parte D: Declaraciones de entendimiento

Comprendo y expreso mi acuerdo con lo siguiente:

- Tengo derecho a elegir a cualquier persona que desee para que actúe como mi representante autorizado.
- Puedo cambiar o eximir de su obligación a mi representante autorizado en cualquier momento. Debo comunicar a mi agencia por escrito que deseo cambiar o eximir de su obligación a mi representante autorizado.
- No tengo la obligación de comunicarle mi decisión a la persona que eximiré de actuar como mi representante autorizado.
- El representante autorizado indicado en este formulario seguirá actuando como tal hasta que lo cambie o lo exima de su obligación.
- Mi representante autorizado tendrá acceso a mi información personal, como mi número de Seguro Social, mis estados financieros y mi información médica, para ayudarme a administrar mi elegibilidad. Si anteriormente expresé mi acuerdo con la autorización de información médica protegida, comprendo que mi representante autorizado también tendrá acceso a esta información para ayudarme a administrar mis servicios de atención médica (por ejemplo, tratamiento y facturas médicas).
- Debo proporcionar a mi representante autorizado información verdadera y precisa.
- Soy responsable de los errores y de la información incorrecta que comunica mi representante autorizado. Comprendo que, si mi representante autorizado o yo damos información falsa o retenemos información, es posible que me ocurra lo siguiente:
 - Deba pagar los beneficios que no debería haber recibido.
 - Deba pagar una multa.
 - Tenga prohibido participar en un programa.
 - Sea procesado por fraude.
- Al firmar este formulario, expreso que comprendo y estoy de acuerdo con las declaraciones anteriores.

Parte E: Firma y fecha



FIRMA— Solicitante/miembro

Fecha de la firma

SECCIÓN 2

A completar por el representante autorizado



Parte A: Información de contacto

Nombre del representante autorizado (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono (incluir el código de área)

Dirección de correo electrónico (opcional)

Parte B: Declaraciones de entendimiento

Comprendo y expreso mi acuerdo con lo siguiente:

- Como representante autorizado, estoy limitado a tomar cualquiera y todas las siguientes medidas en nombre del solicitante o miembro:
 - Solicitar o renovar beneficios
 - Informar cambios
 - Trabajar con la agencia del solicitante o miembro en cuestiones relacionadas con los beneficios
 - Presentar quejas y apelaciones relacionadas con la elegibilidad
- Se espera que esté familiarizado con las circunstancias del solicitante o miembro.
- El solicitante o miembro puede eximirme de actuar como su representante autorizado en cualquier momento.
- El solicitante o miembro no tiene la obligación de notificarme que se me ha eximido de actuar como su representante autorizado.
- Soy el representante autorizado del solicitante o miembro hasta que solicite un representante autorizado diferente o elija prescindir de uno.
- Debo proporcionar información verdadera y precisa.
- Si proporciono información errónea o falsa, el solicitante o miembro posiblemente deba pagar los beneficios de atención médica que recibió por error.
- Si violo intencionalmente las reglas del programa, debo pagar los beneficios de FoodShare que se usaron de manera incorrecta o que se recibieron por error.
- Debo respetar las leyes estatales y federales aplicables en relación con los conflictos de interés y la confidencialidad de la información.
- Al firmar este formulario, expreso que comprendo y estoy de acuerdo con las declaraciones anteriores.
- Al firmar este formulario, expreso que actuaré como el representante autorizado del solicitante o miembro indicado en la Sección 1.

Parte C: Firma y fecha



FIRMA — Representante autorizado

Fecha de la firma

SECCIÓN 3

A completar por los testigos



Nombre del testigo (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)



FIRMA — Testigo

Fecha de la firma

Nombre del testigo (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) (si el solicitante/miembro firmó con una X)



FIRMA — Testigo

Fecha de la firma

NO ENVÍE SOLICITUDES POR ESTE MEDIO

Las agencias estatales o locales del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) y del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR), y sus subreceptores deben publicar la siguiente Declaración de No Discriminación:

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Personas con discapacidad que requieran medios alternos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), debe ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA que puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDAProgramComplaintForm-Spanish-Section508Compliant.pdf> en cualquier oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse por:

- (1) correo:**
Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; o
- (2) fax:**
(833)-256-1665 , o (202)-690-7442; o
- (3) correo electrónico:**
FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

NO ENVÍE SOLICITUDES POR ESTE MEDIO

Nondiscrimination Notice: Discrimination is Against the Law – Health Care-Related Programs

El Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud) de Wisconsin cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo (lo que incluye embarazo, identidad de género y orientación sexual). El Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud) no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo.

Department of Health Services:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Department of Health Services civil rights coordinator (844-201-6870).

Si considera que Department of Health Services no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: Department of Health Services, Attn: Civil Rights Coordinator, 201 E. Washington Ave., Room E200B, PO Box 7850, Madison, WI 53707-7850, 608-267-4955, TTY: 711, Fax: 608-267-1434, dhscrc@dhs.wisconsin.gov. Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Department of Health Services civil rights coordinator está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE.UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-201-6870 (TTY: 711).	Deutsch (Pennsylvania Dutch) Wann du Deitsch (Pennsylvania Dutch) schwetzscht, kannscht du ebber griege as dich helfe kann mit Englisch, unni as es dich ennich eppes koschte zellt. Ruf 844-201-6870 uff (TTY: 711).
Hmoob (Hmong) LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 844-201-6870 (TTY: 711).	ພາສາລາວ (Laotian) ເລີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ ແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໃຫ້ໂທຫາເບີ 844-201-6870 (TTY: 711).
繁體中文 (Traditional Chinese) 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 844-201-6870 (TTY: 711)。	Français (French) ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 844-201-6870 (ATS : 711).
Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 844-201-6870 (TTY: 711).	Polski (Polish) UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 844-201-6870 (TTY: 711).
العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 844-201-6870 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).	हिंदी (Hindi) ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 844-201-6870 (TTY: 711) पर कॉल करें।
Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 844-201-6870 (телетайп: 711).	Shqip (Albanian) KUJDES: Nëse flisni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 844-201-6870 (TTY: 711).
한국어 (Korean) 알림: 한국어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-201-6870 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.	Tagalog (Tagalog – Filipino) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 844-201-6870 (TTY: 711).
Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 844-201-6870 (TTY: 711).	Soomaali (Somali) FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadashid af Soomaali, adeegyada caawinta luuqada, oo bilaash ah, ayaa lagu heli karaa. Soo wac 844-201-6870 (TTY: 711).