



Autorización de Organización Representante para TennCare

Debe completar este formulario si quiere que una **ORGANIZACIÓN** lo represente y actúe en su nombre para solicitar beneficios médicos y/o actúe en su nombre continuamente con respecto a la cobertura médica de la División de TennCare del Estado de Tennessee. Esto incluye programas como TennCare Medicaid, CHOICES, CoverKids y servicios médicos de emergencia (EMS). Tanto usted como un miembro de la organización deben firmar y fechar este formulario.

Solicitante/Beneficiario

Nombre del Solicitante/Beneficiario (apellido, nombre, inicial del segundo nombre):	Núm. de teléfono:
No. de ID (SSN):	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):
Dirección:	Ciudad, Estado y Código postal:

Alcance de la autorización

Entiendo y voluntariamente acepto que mi Organización Representante esté autorizada para:

- Obtener de TennCare y enviar a TennCare información sobre mí con respecto a mis circunstancias económicas y generales y mi situación médica;
- Completar, firmar y enviar una solicitud y documentos relacionados en mi nombre;
- Recibir información sobre el estado de mi solicitud y elegibilidad;
- Recibir todas las notificaciones u otras comunicaciones con respecto a mi solicitud, citas, redeterminación o estado de elegibilidad;
- Acompañarme o representarme para cualquier entrevista, audiencia o apelación requerida;
- Continuar el proceso de apelación, incluso los procesos jurídicos, en caso de que se rechace mi solicitud;
- Actuar en mi nombre en todos los demás asuntos relacionados con mi determinación de elegibilidad.

Información médica

- Autorizo y solicito voluntariamente la divulgación por parte de TennCare de toda mi información médica a mi Organización Representante y a sus empleados para ayudarme con el proceso de determinación de elegibilidad y otras funciones afines enumeradas anteriormente.
- Entiendo que esto puede incluir información sobre los medicamentos que tomo ahora o que haya tomado en el pasado y que puede incluir datos sobre mi salud y tratamiento presente o pasado por uso de alcohol o drogas. No incluye notas de psicoterapia que no estén en mis expedientes médicos.
- Entiendo que mi elegibilidad y capacidad para recibir atención médica y cobertura no dependen de que otorgue esta autorización.
- Entiendo que la información revelada por mi Organización Representante puede ser revelada a terceros. No todos tienen que seguir las reglas de privacidad.
- Mi autorización para que TennCare divulgue información médica a mi Organización Representante caduca según se describe a continuación bajo “Cancelación de la autorización” o como se designa bajo “Firma del Solicitante/Beneficiario”.

Cancelación de la autorización

Usted puede cancelar esta autorización en cualquier momento llamando a TennCare Connect al 855-259-0701. O notificando por escrito a TennCare de que su Organización Representante ya no está autorizada para actuar en su nombre. Esto no cambiará los datos que ya hayamos divulgado a su Organización Representante, pero no divulgaremos más datos.

Firma del Empleado de la Organización Representante

La Organización Representante entiende que se espera que tenga conocimiento de las circunstancias del solicitante/beneficiario y que esta autorización puede ser revocada por el solicitante/beneficiario en cualquier momento. La Organización Representante acuerda proteger y mantener la confidencialidad de cualquier información que se le proporcione, incluida la información médica individualmente identificable y la información sobre finanzas del solicitante, de conformidad con los reglamentos dispuestos en 42 CFR 435.923; 42 CFR 431 subparte f; 45 CFR 155.260 (f), 42 CFR 447.10, así como otras leyes estatales y federales pertinentes. La Organización Representante acepta proporcionarle oportunamente al Solicitante/Beneficiario copias u originales de todos los documentos, comunicaciones y anexos pertinentes recibidos de TennCare relacionados con los fines especificados en esta autorización.

Nombre de la Organización:	
Dirección:	Ciudad, Estado y Código postal:
Tipo de organización (compañía, institución de asistencia con elegibilidad):	
Nombre del empleado autorizado de la Organización:	Puesto:
Correo electrónico:	Núm. de teléfono:
Firma del empleado autorizado de la Organización:	Fecha:

Firma del Solicitante/Beneficiario

Autorizo a esta Organización Representante para que actúe en mi nombre con respecto a la elegibilidad y las funciones afines enumeradas arriba. Entiendo que soy responsable de la información proporcionada por cualquier persona que actúe como mi representante autorizado y que si es necesario tendría que cooperar más, incluso para suministrar información y documentos. Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento escribiendo a TennCare para informar que mi Organización Representante ya no está autorizada para actuar en mi nombre. También entiendo que mi Organización Representante puede darse de baja como mi representante en cualquier momento notificando a TennCare por escrito y también me notificará por escrito de la baja.

Entiendo que la Organización podría recibir el pago de mi proveedor de atención médica, como un hospital donde recibí tratamiento, para prestar estos servicios de asistencia en mi nombre. Entiendo que la Organización Representante no puede garantizar el resultado de ninguna determinación de elegibilidad con respecto a mi solicitud.

Autorizo a esta Organización Representante para que me ayude durante: (marque sólo una respuesta)

3 meses 5 meses 1 año Continuamente; a partir de la fecha indicada a continuación.

Firma del Solicitante/Beneficiario:	Fecha:
-------------------------------------	--------

Si el solicitante/beneficiario no puede firmar, un representante autorizado puede firmar y proporcionar documentación legal de autoridad (por ejemplo, poder notarial, documentación de custodia).

You can get these pages in English. Visit our website online at www.tennessee.gov/tenncare. Or call TennCare Connect for free at 855-259-0701.