

Medicaid Authorized Representative Designation/Change Request

Aplikyan/Benefisyè

Non _____

Adrès _____

Ri _____ Nimewo Apatman _____

Vil _____ Eta _____ Kòd Postal _____

Dat _____

Nimewo Dosye _____

Si ou pa te bay non yon Repezantan Otorize pou aji pou ou deja epi ou ta renmen fè sa kounye a, tanpri bay non ak adrès li.

Non _____

Adrès _____

Ri _____ Nimewo Apatman _____

Vil _____ Eta _____ Kòd Postal _____

Nimewo Telefòn (____) _____ - _____ lakay travay selilè lòt

Si ou te bay non yon Repezantan Otorize deja epi ou ta renmen sispann itilize li oswa bay non yon lòt moun:

Sispann Repezantan Otorize ou gen Kounye a

Non _____

Adrès _____

Ri _____ Nimewo Apatman _____

Vil _____ Eta _____ Kòd Postal _____

Nimewo Telefòn (____) _____ - _____ lakay travay selilè lòt

Nome Nouvo Repezantan Otorize

Non _____

Adrès _____

Ri _____ Nimewo Apatman _____

Vil _____ Eta _____ Kòd Postal _____

Nimewo Telefòn (____) _____ - _____ lakay travay selilè lòt

Mwen konprann nouvo Repezantan Otorize mwen nome a pral jwenn aksè nan enfòmasyon sante pèsonèl mwen. Mwen ta renmen Repezantan Otorize mwen an (tcheke tout sa ki aplike):

- Aplike ak/oswa renouvle Medicaid pou mwen
- Diskite aplikasyon oswa ka mwen an, si sa nesèsè
- Resevwa avi ak korespondans

Mwen konprann nominasyon sa a ap valab jiskaske mwen chanje oswa sispann li.

Siyati Aplikyan / Benefisyè _____

Dat _____