

ESTADO DE NEVADA  
DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS  
DIVISIÓN DEL BIENESTAR Y SERVICIOS SOSTENEDORES  
**DESIGNACIÓN DE REPRESENTADO AUTORIZADO**

Nombre del caso: \_\_\_\_\_ Número del caso: \_\_\_\_\_

---

**I. DESIGNACIÓN DE REPRESENTADO AUTORIZADO POR EL SOLICITANTE/RECIPIENTE**

Yo, \_\_\_\_\_, pido que la siguiente persona/agencia, sea:

- representado principal que facilita toda información necesaria para la elegibilidad a la División del Bienestar Servicios Sostenedores.  
 representado secundario que puede facilitar información y que recibiré toda notificación tocante a la elegibilidad inicial y de continuación.

Yo entiendo que puedo terminar esta designación por escrito en cualquier momento.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante/recipiente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Fecha

**DECLARACIÓN DEL REPRESENTADO AUTORIZADO**

Yo creo que el nombrado entiende la naturaleza y consecuencias de sus acciones y que esta persona es capaz de ejercer su voluntad. Yo certifico que el nombrado tomó la decisión de nombrarme a mí como su representado bajo ninguna amenaza ni presión de ningún tipo.

- Como representado principal, consiento a actuar de una manera responsable por parte del nombrado solicitante/recipiente, a facilitar toda información necesaria para la elegibilidad para ayuda. Y entiendo que mis derechos como representado son los mismos que si fuera yo el solicitante/recipiente. Yo entiendo que mis obligaciones como responsable son las mismas que si fuera yo el solicitante/recipiente, hasta el punto en que el solicitante/recipiente sea económicamente capaz de pagar.  
 Como representado secundario, entiendo que recibiré toda notificación tocante a la elegibilidad inicial y de continuación del nombrado y que puedo facilitar cualquier información para ayudar en el proceso de elegibilidad.

Certifico bajo pena de perjurio que la información que facilito es correcta y completa hasta los límites de mis conocimientos.

\_\_\_\_\_  
Firma del representado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

**II. DESIGNACIÓN DEL REPRESENTADO AUTORIZADO POR OTRA PARTE**

Yo, \_\_\_\_\_, de buena voluntad he tratado de contactar a los miembros de familia y/o al guardián legal del solicitante/recipiente. No he tenido éxito para encontrar a un miembro de familia para actuar como representado/facilitar información o a un guardián legal. Por eso pido que:

- yo sea el representado principal y consiento a actuar responsablemente por parte del nombrado, a facilitar toda información necesaria para determinar la elegibilidad para ayuda. Entiendo que mis derechos como representado son los mismos como si fuera yo el solicitante/recipiente. Entiendo que mis obligaciones como parte responsable son las mismas como si yo fuera el solicitante/recipiente hasta el punto en que el solicitante/recipiente sea económicamente capaz de pagar.  
 yo sea el representado secundario, y entiendo que recibiré toda notificación tocante a la elegibilidad inicial y de continuación del nombrado solicitante/recipiente y que puedo facilitar cualquier información para ayudar en el proceso de elegibilidad.

Certifico, bajo la pena de perjurio, que la información que facilito es correcta y completa hasta los límites de mis conocimientos.

\_\_\_\_\_  
Firma del representado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

**III.**  Esta autorización cesa a aprobarse la solicitud para Medicaid.