

Cómo llenar el formulario de designación de representantes personales

Use el formulario de designación de representantes personales para:

- **Darnos permiso** para que hablemos y compartamos su información médica con otra persona que no sea usted, **o** para
- **cancelar este permiso.**

CÓMO PUEDE DARNOS PERMISO para que hablemos con otras personas

Para agregar un representante personal, siga estos pasos:

1. Llene su información.

- Mi nombre: Ingrese su nombre y apellido.
- Fecha de nacimiento: Ingrese su fecha de nacimiento en el formato MM/DD/AAAA.
- Número de identificación del beneficiario (RIN): Ingrese su RIN que tiene 9 números. *Este número está en la parte de atrás de su tarjeta médica del HFS.*

| | | | |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|
| Mi nombre: | <input type="text"/> | Fecha de Nacimiento: | <input type="text"/> |
| Número de Identificación del Beneficiario (RIN) | <input type="text"/> | | |

2. Indique las personas con las que nos autoriza a hablar y compartir información sobre sus beneficios de Medicaid y su inscripción en cuidados administrados.

- Representante personal: Ingrese los nombres y apellidos de estas personas.

| | |
|--|----------------------|
| Designo a la siguiente persona(s) para que actúe como mi Representante Personal: | <input type="text"/> |
|--|----------------------|

3. Elija qué información usted quiere que compartamos con estas personas marcando **solo una** de las siguientes casillas.

- Elija la **primera casilla** si quiere que estas personas puedan hacer **todo** lo que usted hace.
- Elija la **segunda casilla** si quiere que estas personas **solo puedan hacer algunas cosas** que usted hace. Si selecciona esta casilla, describa en la casilla de abajo las cosas que estas personas pueden hacer por usted.

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Esta persona tiene todos los derechos que yo tengo con respecto a mi información médica que tiene la Agencia. |
| <input type="checkbox"/> Esta persona está actuando como mi Representante Personal sólo para estas funciones: |
| <input type="text"/> |

4. Firme y escriba la fecha debajo de Término de la autorización.

- Al firmar debajo del párrafo de Término de la autorización, usted permite a las personas que eligió a compartir la información médica que usted aprobó hasta que de por terminado ese permiso (revocación).
- Usted, su apoderado legal o tutor **deben firmar el formulario.**
 - » Si llena el formulario digital, seleccione Término de la autorización, haga clic en la casilla de la firma y escriba o dibuje su firma. Luego haga clic en "Aplicar" y la fecha se completará automáticamente.

Término de la Autorización: La Agencia puede compartir mi información médica desde la fecha de esta Designación del Representante Personal hasta que yo revoque la Designación del Representante Personal firmando la Revocación, a continuación, y al entregar la Revocación a la Agencia.

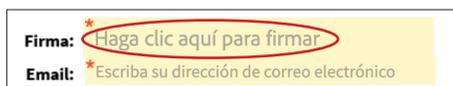
Firma: _____ Fecha: _____

- Si su apoderado legal o tutor firma el formulario por usted, este también deberá enviarnos por fax o cargar en el sitio web el poder legal o documento de tutela. Lea en la página 4: **Cómo enviar documentos.**

5. Envíe el formulario de designación de representantes personales de **una de estas maneras.**

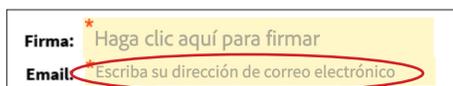
• Por Internet:

- a. Haga clic en la casilla que dice "Haga clic aquí para firmar". Su firma se completará automáticamente.



Firma: * Haga clic aquí para firmar
Email: * Escriba su dirección de correo electrónico

- b. Haga clic en la casilla de correo electrónico y escriba su dirección electrónica.



Firma: * Haga clic aquí para firmar
Email: * Escriba su dirección de correo electrónico

- c. Aparecerá este mensaje: "Al firmar, acepto este acuerdo, la Divulgación del cliente y hacer transacciones electrónicas con Maximus-Digital". Marque la casilla, luego haga clic en el botón azul "Clic para firmar" para enviar el formulario.



Al firmar, acepto este acuerdo, la [Divulgación del cliente](#) y hacer transacciones electrónicas con Maximus-Digital. [Clic para firmar](#)

• Por fax:

- a. Envíe el formulario completo por fax al 1-312-596-0249.

El formulario para designar a los representantes autorizados **se procesará en 3 días laborables.** Si envía otros documentos con su formulario, es posible que necesitemos más tiempo para revisarlos.

CÓMO TERMINAR/CANCELAR ESTE PERMISO

Para eliminar a un representante personal, siga estos pasos:

1. Llene su información.

- Mi nombre: Ingrese su nombre y apellido.
- Fecha de nacimiento: Ingrese su fecha de nacimiento en el formato MM/DD/AAAA.
- Número de identificación del beneficiario (RIN): Ingrese su RIN que tiene 9 números. *Este número está en la parte de atrás de su tarjeta médica del HFS.*

| | |
|--|---|
| Mi nombre: <input type="text"/> | Fecha de Nacimiento: <input type="text"/> |
| Número de Identificación del Beneficiario (RIN) <input type="text"/> | |

2. Indique las personas con las que le gustaría cancelar su permiso para que hablemos y compartamos información sobre sus beneficios de Medicaid y su inscripción en cuidados administrados.

- Representante personal: Ingrese los nombres y apellidos de estas personas.

| |
|---|
| Designo a la siguiente persona(s) para que actúe como mi Representante Personal: <input type="text"/> |
|---|

3. Firme y escriba la fecha debajo de REVOCACIÓN.

- Al firmar en el cuadro REVOCACIÓN, usted termina (revoca) el permiso que nos dio para compartir su información médica con personas que había indicado.
- Usted, su apoderado legal o tutor **debe firmar el formulario.**
 - » Si llena el formulario digital, seleccione REVOCACIÓN, haga clic en la casilla de la firma y escriba o dibuje su firma. Luego haga clic en "Aplicar" y la fecha se completará automáticamente.

| | |
|--|-----------------------------|
| REVOCACIÓN: Yo ya no quiero que la persona nombrada arriba actúe como mi Representante Personal. | |
| Firma: <input type="text"/> | Fecha: <input type="text"/> |

4. Envíe el formulario de designación de representantes personales de una de estas maneras.

• Por Internet:

- a. Haga clic en la casilla que dice "Haga clic aquí para firmar". Su firma se completará automáticamente.

| |
|--|
| Firma: <input type="text" value="Haga clic aquí para firmar"/> |
| Email: <input type="text" value="Escriba su dirección de correo electrónico"/> |

- b. Haga clic en la casilla de correo electrónico y escriba su dirección electrónica.

| |
|--|
| Firma: <input type="text" value="Haga clic aquí para firmar"/> |
| Email: <input type="text" value="Escriba su dirección de correo electrónico"/> |

- c. Aparecerá este mensaje: "Al firmar, acepto este acuerdo, la Divulgación del cliente y hacer transacciones electrónicas con Maximus-Digital". Marque la casilla, luego haga clic en el botón azul "Clic para firmar" para enviar el formulario.

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Al firmar, acepto este acuerdo, la Divulgación del cliente y hacer transacciones electrónicas con Maximus-Digital. | <input type="button" value="Clic para firmar"/> |
|---|---|

• **Por fax:**

- a. Envíe el formulario completo por fax al 1-312-596-0249.

El formulario para designar a los representantes autorizados **se procesará en 3 días laborables**. Si envía otros documentos con su formulario, es posible que necesitemos más tiempo para revisarlos.

CÓMO ENVIAR DOCUMENTOS

Puede enviar documentos de una de estas 3 maneras:

1. **Adjunte un archivo** al [formulario digital de designación de representantes personales](#).

- a. Haga clic en la casilla "Haga clic para adjuntar formularios de poder legal o de tutela". Aparecerá una ventana.
- b. Busque en su dispositivo el archivo que quiera adjuntar.
- c. Cuando el nombre aparezca en la ventana, haga clic en "Open" (Abrir).

| | |
|---|---|
| Envíe esta Designación de Representante Personal o Revocación a: Privacy Officer Office of the General Counsel Healthcare and Family Services 201 S. Grand Ave. East, 3rd Floor Springfield, IL 62763-1000 Fax: 1-217-524-2397 | Si usted tiene preguntas, comuníquese con el Oficial de Privacidad en la dirección a la izquierda, o el siguiente número de teléfono. La llamada es gratis. Número de Teléfono sin cargos 1-800-226-0768 (Línea de Información Para Beneficios de Salud) Número sin cargos para personas que usan teletipo (TTY): 1-877-204-1012 Correo electrónico: HFS.privacy.officer@illinois.gov |
|---|---|

Haga clic para adjuntar Formularios de p.

- d. Si se adjunta el archivo correctamente, el nombre del archivo debería aparecer en el formulario.

| | |
|---|---|
| Envíe esta Designación de Representante Personal o Revocación a: Privacy Officer Office of the General Counsel Healthcare and Family Services 201 S. Grand Ave. East, 3rd Floor Springfield, IL 62763-1000 Fax: 1-217-524-2397 | Si usted tiene preguntas, comuníquese con el Oficial de Privacidad en la dirección a la izquierda, o el siguiente número de teléfono. La llamada es gratis. Número de Teléfono sin cargos 1-800-226-0768 (Línea de Información Para Beneficios de Salud) Número sin cargos para personas que usan teletipo (TTY): 1-877-204-1012 Correo electrónico: HFS.privacy.officer@illinois.gov |
|---|---|

ARCHIVO: Poder Legal.docx

2. **Cargue documentos** en el sitio web de manera segura.

- a. Vaya a [Formulario de documentación adicional para la designación de representantes personales](#).
- b. Escriba el nombre y apellido del miembro.

Nombre del miembro
*

- c. Escriba el número de RIN del miembro.

Número de identificación de beneficiario (RIN)
*

- d. Escriba el número de teléfono del miembro.

Número de teléfono del miembro
*

- e. Escriba el nombre y apellido del representante personal.

Nombre del representante personal
*

- f. Seleccione el tipo de documento para cada archivo que desee enviar.

| Tipo de documento | Documentos adjuntos |
|--------------------|------------------------------|
| Poder legal | Haga clic para adjuntar Doc1 |
| Seleccionar... | Haga clic para adjuntar Doc2 |
| Seleccionar... | Haga clic para adjuntar Doc3 |

- g. Adjunte un archivo para cada tipo de documento que seleccionó.

| Tipo de documento | Documentos adjuntos |
|-------------------|----------------------------------|
| Poder legal | ARCHIVO: Poder Legal.docx |
| Seleccionar... | Haga clic para adjuntar Doc2 |
| Seleccionar... | Haga clic para adjuntar Doc3 |

- h. Luego haga clic en la casilla de la firma, y la fecha se completará automáticamente.

| FIRME AQUÍ para confirmar que los documentos que envía son correctos y actualizados. | |
|--|------------|
| Firma | Fecha |
| Haga clic aquí para firmar | 05/10/2022 |

- i. Escriba o dibuje su firma en el renglón, y luego haga clic en "Aplicar".



- j. Aparecerá este mensaje: "Al firmar, acepto este acuerdo, la Divulgación del cliente y hacer transacciones electrónicas con Maximus-Digital". Marque la casilla, luego haga clic en el botón azul "Clic para firmar" para enviar el formulario.



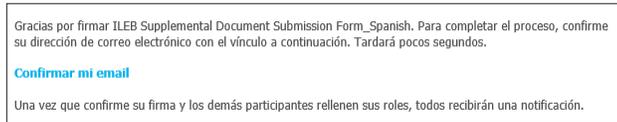
- k. Haga clic en la casilla de correo electrónico y escriba el suyo, luego seleccione "Clic para firmar".



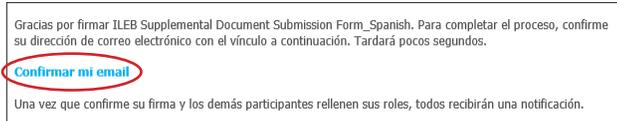
- l. Aparecerá este mensaje:



m. Busque el correo electrónico que aparece a continuación en su bandeja de entrada.



n. Haga clic en "Confirmar mi email".



o. Aparecerá el siguiente mensaje en la página web.

Su firma electrónica de ILEB Supplemental Document Submission Form_Spanish se ha comprobado.

p. Le enviaremos un correo electrónico informándole que recibimos su formulario.



3. Envíe formularios por **fax**.

- Descargue, imprima, llene y firme el [formulario de designación de representantes personales](#).
- Envíe por fax el formulario de designación de representantes personales y también cualquier poder legal o documentos de tutela al 1-312-596-0249.

El formulario para designar a los representantes autorizados **se procesará en 3 días laborables**. Si envía otros documentos con su formulario, es posible que necesitemos más tiempo para revisarlos.