



**Oficina para personas con discapacidades del desarrollo  
del estado de Nueva York  
Medicare Parte D  
Formulario para la designación del padre o la madre  
(el beneficiario es un menor)**

Este formulario debe ser usado por el padre o la madre de un beneficiario de Medicaid que tenga menos de 18 años y que reciba servicios de OPWDD o de un proveedor de OPWDD. La persona designada en este formulario tendrá la autoridad de inscribir al beneficiario en un plan de medicamentos recetados de Medicaid y de cambiar los planes de medicamentos recetados y/o tomar parte en el proceso de revisión de la Parte D en nombre del beneficiario. Tomar parte en el proceso de revisión de la Parte D significa llevar a cabo cualquiera de las siguientes acciones: presentar una queja; enviar una reclamación a la organización de mejora de la calidad; solicitar y obtener una determinación de cobertura (incluso solicitudes de excepción y solicitud de procedimientos expeditivos); presentar y solicitar apelaciones y lidiar con cualquier parte del proceso de apelaciones.

**Instrucciones:**

1. Por favor complete todos los campos en la página 1 de este formulario. Asegúrese de firmar y poner la fecha en la parte de abajo.
2. Señale la opción apropiada que describa el tipo de designación.
3. Quédese con el original.

**Por favor escriba**

Nombre del padre o la madre

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

La persona designada en este formulario tendrá la autoridad para: (señale todas las opciones que correspondan)

- Inscribir al beneficiario en un plan de medicamentos recetados Medicare Parte D y cambiar planes en nombre del beneficiario.
- Tomar parte en un proceso de revisión Parte D en nombre del beneficiario.

**Soy el padre/madre de \_\_\_\_\_, que es una persona que recibe servicios de OPWDD o de una agencia privada certificada, autorizada o financiada por OPWDD y (por favor elija una de las siguientes opciones):**

- Designo a \_\_\_\_\_, que vive en \_\_\_\_\_.
- Designo al director ejecutivo de \_\_\_\_\_, una agencia certificada, autorizada o financiada por OPWDD. Entiendo que el director ejecutivo podrá nombrar a un designado a fin de que actúe en su nombre.
- Designo al director de la Oficina Estatal de Operaciones de Discapacidades del Desarrollo \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ DDSOO. Entiendo que el director de DDSOO podrá nombrar a un designado a fin de que actúe en su nombre.

Esta designación sustituye cualquier designación previa que pude haber hecho.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Consulte la página siguiente para la designación del director ejecutivo o director de DDSOO.**

**Designación del director ejecutivo o director de DDSOO.**

Esta página puede ser usada para documentar el nombramiento de un designado a fin de que actúe en nombre del director ejecutivo o director DDSOO cuando corresponda.

Las personas cuyos nombres y firmas aparecen abajo dan fe de que el director ejecutivo o director de DDSOO las ha designado para tomar decisiones de inscripción en nombre del beneficiario (si él o ella ha designado al director ejecutivo o director de DDSOO para tomar estas decisiones) y/o para tomar parte en el proceso de revisión de la Parte D a nombre del beneficiario (si él o ella ha designado al director ejecutivo o director de DDSOO para tal):

Designado(s)

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma