

Formulario de Autorización del Miembro

ACEPTACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO:

OBLIGATORIO

Leí este formulario y entiendo lo siguiente:

- el miembro de IEHP puede revocar este nombramiento en cualquier momento y nombrar a otra(s) persona(s) para que actúe(n) como su(s) representante(s) autorizado(s);
- no tengo ninguna otra facultad para actuar en nombre del miembro, excepto para los servicios de IEHP arriba mencionados;
- no puedo transferir o reasignar mi nombramiento.

Certifico que:

- nunca se me ha descalificado, suspendido o prohibido ejercer ante la Administración del Seguro Social o el Departamento de Salud y Servicios Humanos (*Department of Health and Human Services*).
- no estoy, en calidad de empleado actual o anterior de los EE. UU., descalificado para actuar como representante autorizado del miembro.

Al firmar a continuación, acepto, por medio del presente documento, este nombramiento:

Firma del representante autorizado

Fecha

FIRMA DEL MIEMBRO:

OBLIGATORIO

Al firmar a continuación, autorizo por medio del presente documento, este nombramiento:

Firma del miembro

Fecha

**COMPLETE TODAS LAS SECCIONES, FIRME Y ENVÍE ESTE
FORMULARIO A:**

Inland Empire Health Plan | Attn: Member Services
P.O. Box 1800 | Rancho Cucamonga, CA 91729
Fax: 909-890-5877
Correo electrónico: MemberServices@iehp.org

EXCLUSIVAMENTE PARA USO INTERNO

La autorización contiene información privilegiada y confidencial.

Modif. 10-2023