



DECLARACIÓN DE REPRESENTANTE

Yo _____, nombro a _____
(Nombre del miembro) (Nombre del representante)

para actuar como mi representante en asuntos relacionados con mi inscripción y membresía en los planes de salud de UCare como se describe a continuación. Esta persona será mi agente, y la autorizo a actuar por mí y en mi nombre en la medida indicada en este documento de la misma manera que yo podría actuar si estuviera presente. Le concedo a mi representante la capacidad de hacer las cosas a continuación marcando “Sí”. Marcar “No” significa que mi representante no está autorizado a tomar esas decisiones. Para las áreas marcadas como “Sí”, mi representante tendrá el poder indicado a partir del día en que firme este documento. Él/Ella continuará teniendo estos poderes si no puedo tomar estas decisiones por mi cuenta.

Entiendo que si mi representante no es un proveedor de atención médica u otra entidad sujeta a las leyes de privacidad federales o estatales aplicables, mi información confidencial recibida por mi representante, como se designa a continuación, puede ser divulgada por mi representante sin mi autorización, y es posible que ya no esté protegida por las leyes de privacidad.

Sí No 1. Permiso que mi representante me inscriba en un plan apropiado de UCare para pagar cualquier prima de seguro aplicable; seleccionar entre las opciones de beneficio en virtud de esas políticas; y proceder con los reclamos al seguro en mi nombre.

Sí No 2. Permiso que mi representante tome decisiones con respecto a mi membresía en los planes de salud de UCare, incluido el cambio de mi clínica de atención primaria, analizar reclamos y asuntos relacionados con el seguro, y recibir de o analizar información confidencial de salud sobre mí y mi estado de salud con representantes de UCare. Entiendo que la información en mi expediente médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), servicios de salud mental o conductual y tratamiento para el abuso de alcohol o drogas.

(continuación)

Sí No

3. Instruyo a UCare a que envíe toda la correspondencia de los miembros del plan de salud de UCare a mi representante a su dirección postal, que se muestra a continuación. Quiero que mi representante reciba información confidencial sobre mí, como información sobre reclamos. Entiendo que si marco la casilla "Sí", mi representante recibirá TODOS los materiales para miembros, actualizaciones, avisos sobre primas, información de reclamos y otro correo en mi nombre. Entiendo que la información en mi expediente médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), servicios de salud mental o conductual y tratamiento para el abuso de alcohol o drogas.

Sí No

4. Permito que mi representante tome decisiones, que sean lo mejor para mí, con respecto a la cancelación de la inscripción de los planes de salud de UCare.

Sí No

5. Otro (explique): _____

Relación con el Representante. Mi representante es mi _____
(cónyuge, padre, hijo, amigo, etc.)

Entiendo que al firmar a continuación le estoy dando a otra persona el poder legal para tomar ciertas decisiones por mí en mi nombre. También entiendo que UCare se basará en esta autorización para divulgar información privada a mi representante y realizar cambios en mi estado de miembro. Entiendo que puedo revocar estas autorizaciones en cualquier momento diciéndole a UCare por escrito que deseo hacerlo. Sin embargo, entiendo que mi revocación de esta autorización no afectará ninguna acción que UCare haya tomado, ni ninguna información que UCare ya haya publicado, basada en esta autorización antes de que UCare realmente recibiera mi solicitud de revocarla.

Entiendo que UCare no condiciona el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios a la ejecución de este formulario.

(continuación)

Para que entre en vigor, debo completar y firmar este formulario y mi representante debe aceptarlo a continuación. Esta autorización expira un año a partir de la fecha de firma si mi representante está realizando las siguientes actividades en mi nombre: apelación, denegación, determinación de cobertura u determinación de la organización; una decisión tomada sobre una autorización o pago por atención médica.

Firma de la parte que solicita representación: _____

Fecha de la firma: _____ N.º de teléfono: _____

Dirección: _____ Fecha de nacimiento: _____

N.º de miembro de UCare: _____

Si no puedo firmar físicamente mi nombre en este formulario, puedo pedirle a alguien que firme por mí.

Nombre impreso de la persona a la que le pido que firme por mí: _____

Firma de la persona a la que le pido que firme por mí: _____

ACEPTACIÓN POR PARTE DEL REPRESENTANTE: (el representante debe completarla)

La persona a continuación, que ha sido designada como representante en este documento, acepta el nombramiento como representante designado, sujeto a los términos y condiciones de este documento.

Nombre en letra de imprenta: _____

Firma: _____

Fecha de la firma: _____

Dirección: _____

N.º de teléfono: _____

Envíe el formulario completado a: UCare PO Box 52 Minneapolis, MN 55440-0052

Fax: 612-676-6501 | Correo electrónico: CLSS_canReqInq@ucare.org

CB5 (MCOs) (5-2020)

Aviso de derechos civiles

La discriminación es ilegal. UCare no discrimina por motivos de lo siguiente:

- raza
- color
- nacionalidad
- credo
- religión
- orientación sexual
- estado de asistencia pública
- edad
- discapacidad (incluso impedimentos físicos o mentales)
- sexo (incluso estereotipos de sexo e identidad de género)
- estado civil
- creencias políticas
- condición médica
- estado de salud
- recepción de servicios de atención médica
- experiencia de reclamos
- antecedentes médicos
- información genética

Ayudas y servicios auxiliares. UCare proporciona ayudas y servicios auxiliares, como intérpretes calificados e información en formatos accesibles, sin costo y de forma oportuna, para asegurar igualdad de oportunidades para participar en nuestros programas de atención médica. **Comuníquese con UCare** al 612-676-3200 (voz) o 1-800-203-7225 (voz), 612-676-6810 (TTY), o 1-800-688-2534 (TTY).

Servicios de asistencia de idiomas. UCare ofrece documentos traducidos e interpretación hablada, sin costo y de forma oportuna, cuando los servicios de asistencia de idiomas son necesarios para garantizar que personas con conocimientos limitados del inglés tengan acceso a nuestra información y servicios. **Comuníquese con UCare** al 612-676-3200 (voz) o 1-800-203-7225 (voz), 612-676-6810 (TTY), o 1-800-688-2534 (TTY).

Quejas de derechos civiles

Usted tiene derecho a presentar una queja por discriminación si cree que fue tratado de forma discriminatoria por parte de UCare. Puede comunicarse a cualquiera de las siguientes cuatro agencias directamente para presentar una queja por discriminación.

Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights, OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Usted tiene derecho a presentar una queja a la OCR, una agencia federal, si cree que ha sido discriminado por alguno de los siguientes:

- raza
- color
- nacionalidad
- edad
- discapacidad
- sexo
- religión(en algunos casos)

Comuníquese a la **OCR** directamente para presentar una queja:

U.S. Department of Health and Human Services'
Office for Civil Rights
200 Independence Avenue SW
Room 515F
HHH Building
Washington, DC 20201
Centro de respuesta al cliente: Línea gratuita: 800-368-1019
TDD 800-537-7697
Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov

Departamento de Derechos Humanos de Minnesota (MDHR)

En Minnesota, usted tiene derecho a presentar una queja ante el Departamento de Derechos Humanos de Minnesota (Minnesota Department of Human Rights, MDHR) si cree que ha sido discriminado por:

- raza
- color
- nacionalidad
- religión
- credo
- sexo
- orientación sexual
- estado civil
- estado de asistencia pública
- discapacidad

Comuníquese con **MDHR** directamente para presentar una queja:

Minnesota Department of Human Rights
540 Fairview Avenue North
Suite 201
St. Paul, MN 55104
651-539-1100 (voz)
800-657-3704 (línea gratuita)
711 o 800-627-3529 (servicio de retransmisión de MN)
651-296-9042 (fax)
Info.MDHR@state.mn.us (correo electrónico)

Departamento de Servicios Humanos de Minnesota (DHS)

Usted tiene derecho a presentar una queja al Departamento de Servicios Humanos de Minnesota (Minnesota Department of Human Services, DHS) si cree que ha sido discriminado en nuestros programas de atención médica por alguno de los siguientes:

- raza
- color
- nacionalidad
- credo
- religión
- orientación sexual
- estado de asistencia pública
- edad
- discapacidad (incluso impedimentos físicos o mentales)
- sexo (incluso estereotipos de sexo e identidad de género)
- estado civil
- creencias políticas
- condición médica
- estado de salud
- recibo de servicios de atención médica
- experiencia de reclamos
- antecedentes médicos
- información genética

Las quejas se deben presentar por escrito en un plazo de 180 días a partir de la fecha en que descubra la supuesta discriminación. La queja debe incluir su nombre y dirección y describir la discriminación por la que presenta la queja. Después de que recibamos su queja, la revisaremos y le avisaremos por escrito si tenemos autoridad para investigar. Si la tenemos, investigaremos su queja.

El DHS le avisará por escrito el resultado de la investigación. Usted tiene derecho a apelar el resultado si no está de acuerdo con la decisión. Para apelar, debe enviar una solicitud por escrito para que el DHS revise el resultado de la investigación. Sea conciso y establezca por qué no está de acuerdo con la decisión. Incluya información adicional si cree que es importante.

Si presenta una queja de esta forma, las personas que trabajan para la agencia mencionada en la queja no tomarán represalias contra usted. Esto significa que no pueden castigarlo de forma alguna por presentar una queja. Presentar una queja de esta forma no le impide buscar otras acciones legales o administrativas.

Comuníquese con el **DHS** directamente para presentar una queja por discriminación:

Civil Rights Coordinator
Minnesota Department of Human Services
Equal Opportunity and Access Division
P.O. Box 64997
St. Paul, MN 55164-0997
651-431-3040 (voz) o use su servicio de retransmisión preferido

Aviso de queja de UCare

Usted tiene derecho a presentar una queja a UCare si cree que sufrió discriminación en nuestros programas de atención médica por:

- afección médica
- estado de salud
- recepción de servicios de atención médica
- experiencia de reclamos
- antecedentes médicos
- información genética
- discapacidad (incluso impedimentos físicos o mentales)
- estado civil
- edad
- sexo (incluso estereotipos de sexo e identidad de género)
- orientación sexual
- nacionalidad
- raza
- color
- religión
- credo
- situación de asistencia pública
- creencia política

Puede presentar una queja y pedir ayuda para presentar una queja en persona o por correo, teléfono, fax o correo electrónico a:

UCare

Attn: Appeals and Grievances

PO Box 52

Minneapolis, MN 55440-0052

Línea gratuita: 1-800-203-7225

TTY: 1-800-688-2534

Fax: 612-884-2021

Correo electrónico: cag@ucare.org