

## Descripción general de CAFA

La información recopilada en solicitud es necesaria para determinar la elegibilidad para la Asistencia de Cobertura y Asistencia Financiera (CAFA). La elegibilidad se basa en los ingresos del hogar del paciente en comparación con las pautas federales de pobreza.

## Requisitos para solicitar CAFA

- El paciente debe residir en Carolina del Sur o Georgia.
- El paciente debe cooperar completamente con la determinación de otras opciones de cobertura, incluyendo, pero no limitándose a Medicaid, Cobra, Compensación de Trabajadores, Responsabilidad, etc. Si se solicita información adicional y/o prueba de ingresos, estados de cuenta bancarios, etc., se enviará una carta al paciente para informarle lo que se necesita y la fecha límite para enviarlo. Si la información no se recibe antes de la fecha límite, el paciente no será elegible para CAFA.
- El paciente debe completar la solicitud de CAFA en su totalidad.

## Documentos requeridos para acompañar la solicitud de CAFA

Por favor, envíe solo copias, ya que los artículos no serán devueltos.

- Prueba de los ingresos del hogar del mes pasado: Talones de cheque, carta de desempleo, carta de concesión de la SSA.
- Extractos bancarios de los últimos dos (2) meses (de cuentas corrientes y/o de ahorros) de todas las cuentas bancarias en las que están listados el paciente y el cónyuge.
- Si está legalmente separado de su cónyuge, por favor proporcione prueba de la separación.

| Información del paciente:                               |                          |                                   |                            |
|---|--------------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| Nombre del paciente:                                    | Número de Seguro Social: | Fecha de nacimiento: (DD/MM/YYYY) | MRN:                       |
| Dirección de Envío:                                     |                          | Ciudad:                           | Estado/Código postal:      |
| Dirección de la calle (si es diferente de lo anterior): |                          | Ciudad:                           | Estado/Código postal:      |
| Condado de residencia:                                  | Lugar de nacimiento:     | Residente/Ciudadano Legal:        | Viviendo en EE. UU. desde: |
| Apellido de soltera de la madre:                        | Teléfono:                | Correo electrónico:               |                            |

## LISTA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR:

| Nombre: | Fecha de nacimiento: | Número de Seguro Social: | Relación con el Paciente: | Sexo: | Raza: |
|---------|----------------------|--------------------------|---------------------------|-------|-------|
|         |                      |                          |                           |       |       |
|         |                      |                          |                           |       |       |
|         |                      |                          |                           |       |       |
|         |                      |                          |                           |       |       |
|         |                      |                          |                           |       |       |

Si se necesita espacio adicional, utilice la sección de notas en la página 2 de esta solicitud.

|                     |               |                   |                     |                  |
|---------------------|---------------|-------------------|---------------------|------------------|
| Empleo Actual:      | Tasa de Pago: | Horas por semana: | Título del trabajo: | Fecha de empleo: |
| Empleo del cónyuge: | Tasa de Pago: | Horas por semana: | Título del trabajo: | Fecha de empleo: |

**Si no hay ingresos del hogar, por favor haga que la persona que le apoya complete esta sección.**

Por la presente se certifica que estoy/estuve proporcionando el siguiente tipo de apoyo y asistencia al solicitante nombrado anteriormente:  
 Comida  Refugio  Dinero \$\_\_\_\_\_ por mes.  
 No soy responsable ni capaz de pagar por ningún gasto hospitalario o médico para él/ella.

Firma: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

|   |   |
|---|---|
| ¿Ha perdido algún miembro del hogar su trabajo en los últimos 60 días?                | Marqu uno: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  |
| ¿Recibió un Aviso de Elección de COBRA?   | Marqu uno: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  |
| ¿Elegió el cobertura COBRA?   | Marqu uno: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  |
| ¿Ha solicitado o planea solicitar discapacidad a la Administración del Seguro Social? | Marqu uno: <input type="checkbox"/> Sí Fecha: _____ <input type="checkbox"/> No   |
| ¿Estás embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No            | ¿Estuviste en acogida en Carolina del Sur a la edad de 18 o más años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

| Ingreso Mensual del Hogar         |   |                                   |
|-----------------------------------|---|-----------------------------------|
| Tipo de Ingreso                   | Ingresos Brutos Mensuales del Solicitante | Ingreso Bruto Mensual del Cónyuge |
| Empleo                            | \$  | \$                                |
| Jubilación / Pensión              | \$  | \$                                |
| Jubilación de la Seguridad Social | \$  | \$                                |
| Discapacidad del Seguro Social    | \$  | \$                                |
| Ingreso por desempleo             | \$  | \$                                |
| Pensión Alimentaria               | \$  | \$                                |
| Pensión Alimenticia               | \$  | \$                                |
| Otro (lista de origen: \$ _____ ) | \$  | \$                                |

**Reconocimiento y Firmas**

Por la presente certifico que la información proporcionada en esta solicitud CAFA es verdadera, precisa y completa según mi leal saber y entender. Por la presente autorizo a AnMed a contactar a cualquier persona, empresa u organización para verificar cualquiera de la información dada y por la presente autorizo a cualquier persona, empresa u organización a liberar cualquier información financiera a AnMed que pueda solicitar. Si el hospital cree que puedo ser elegible para una cobertura alternativa, estoy de acuerdo en cooperar con los esfuerzos de la instalación para obtener beneficios.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Nota(s):**

---



---



---



---

|                                  |                           |   |  |
|----------------------------------|---------------------------|---|--|
| <b>Cómo enviar la solicitud:</b> | <b>Entregar a mano a:</b> | Oficina de Negocios de AnMed<br>522 North McDuffie Street<br>Anderson, SC 29621               | Centro Oncológico AnMed<br>2000 East Greenville Street (3er Piso)<br>Anderson, SC 29621  |
|                                  | <b>Correo a:</b>          | AnMed Health<br>Atención: consejero financiero<br>800 North Fant Street<br>Anderson, SC 29621 | Centro Oncológico AnMed<br>Atención: coordinador de recursos para pacientes<br>2000 East Greenville Street<br>(Servicios de Apoyo)<br>Anderson, SC 29621 |

**Autorización para Divulgación de Información  
 y Designación del Representante Autorizado  
 para Solicitudes/Revisiones y Apelaciones de Medicaid**

|  |                         |
|--|-------------------------|
| Nombre del solicitante/miembro de Medicaid | Número de Seguro Social |
|--|-------------------------|

**Designación de un Representante Autorizado**

**¿Desearía que alguien lo represente en todos los asuntos relacionados con su caso?**  
 Puede otorgar a una persona de confianza o a una organización el permiso para hablar sobre su solicitud con nosotros, ver su información y actuar por usted en asuntos relacionados con su solicitud, incluyendo obtener información sobre su solicitud y firmarla en su nombre. Esta persona también puede actuar por usted en otros asuntos, que incluyen revisiones, apelaciones y procesos de atención administrada. Esta persona se llama "representante autorizado". El funcionario de Medicaid encargado de determinar la elegibilidad puede divulgar cualquier información relacionada con su solicitud / revisión y estado a su representante autorizado o a cualquier miembro de la organización que se indica en este formulario. Más de una persona u organización puede servir como su representante autorizado.  
 Usted puede designar, retirar o cambiar a un representante autorizado en cualquier momento. Si necesita cambiar su representante autorizado, comuníquese con Healthy Connections. Si usted es un representante legalmente designado por alguien en esta solicitud, no necesita completar esta sección

|  |  |  |
|--|--|--|
| Nombre del Representante Autorizado (Nombre, Segundo nombre, Apellido)   | <input checked="" type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> Agradeo<br><input type="checkbox"/> Quitar a esta persona u organización como mi representante autorizado |  |
| Financial Counselor(s) / Resource Coordinator(s)   |  |  |
| Dirección del Representante Autorizado (Deje en blanco si no cuenta con una).<br>800 North Fant St. / 2000 East Greenville St. | Número de apartamento u oficina  |  |
| Ciudad<br>Anderson   | Estado<br>SC   | Código postal<br>29621                         |
| Número de teléfono del Representante Autorizado<br>864-512-1446 / 864-512-4111   | Otro número de teléfono<br>864-512-3435  |  |
| Dirección de correo electrónico del Representante Autorizado<br>financial.counselors@anmed.org or amy.elgin@anmed.org          |  |  |
| Nombre de la organización (si corresponde)<br>AnMed  | Unidad* (si corresponde)   | Número de identidad (si corresponde) 129755536 |
| *Es mejor identificar una unidad específica para organizaciones grandes.   |  |  |

**O**

**Permiso para divulgar información**

**¿Hay alguien con quien desee que compartamos información acerca de su solicitud?**  
 Al completar esta sección, puede dar permiso a la siguiente persona para recibir información sobre su solicitud / caso, pero no tendrá la capacidad de actuar en su nombre como un representante autorizado. También puede dar permiso a SCDHHS para divulgar información acerca de esta solicitud a esta persona u organización adicional.

|                                     |                                      |        |               |
|-------------------------------------|--------------------------------------|--------|---------------|
| Nombre de la persona / organización | Teléfono                             |        |               |
| -----                               | -----                                |        |               |
| Dirección                           | Ciudad                               | Estado | Código postal |
| -----                               | -----                                | -----  | -----         |
| Unidad (si corresponde)             | Número de identidad (si corresponde) |        |               |
| -----                               | -----                                |        |               |

|   |                    |
|---|--------------------|
| Firma del Solicitante/miembro de Medicaid | Fecha (dd/mm/aaaa) |
|---|--------------------|

Si firma con una "X", haga que dos personas firmen abajo como testigos.

Testigo: \_\_\_\_\_ Testigo: \_\_\_\_\_

El miembro está incapacitado y no puede firmar. SCDHHS se reserva el derecho a verificar la incapacidad del miembro para firmar. Indique el motivo:

**Envíe por correo su formulario firmado a: SCDHHS - Central Mail, PO Box 100101, Columbia, SC 29202-3101 Fax: (888) 820-1204**

**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [SCDHHS.gov](http://SCDHHS.gov) o llámenos al 1-888-549-0820. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al 1-888-549-0820. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, llame al 1-888-549-0820 y dígame al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-842-3620.

**Elegibilidad, inscripción y servicios para miembros del Departamento de Salud  
y Servicios Humanos de Carolina del Sur (SCDHHS)  
Línea gratuita (888) 549-0820 (TTY 1-888-842-3620)**

**Autorización para Divulgar Información de Salud**

|  |                            |                                     |
|--|----------------------------|-------------------------------------|
| <b>Solo para uso de la oficina: DEBE SER COMPLETADO POR SCDHHS</b> |                            |                                     |
| <b>Nombre del solicitante/Beneficiario</b>                         | <i>(Primer)</i>            | <i>(Segundo)</i>                    |
|  |                            | <i>(Apellido)</i>                   |
| <b>Número de Seguro Social</b>                                     | <b>Fecha de nacimiento</b> | <b>No. de hogar/ID de Solicitud</b> |

**\*\* POR FAVOR, LEA LAS DOS PÁGINAS DE ESTE FORMULARIO ANTES DE FIRMAR.\*\***

Autorizo y solicito voluntariamente la divulgación (incluido el intercambio escrito, verbal y electrónico) de:

**QUÉ:** *Todos mis historiales médicos, educativos y demás información relacionada con mi capacidad para realizar tareas. Esto incluye el permiso específico para divulgar lo siguiente:*

- Todos los registros y demás información relativa a mi tratamiento, hospitalización y atención ambulatoria por mi(s) impedimento(s), incluidos, pero no limitados a:
  - Deficiencia(s) psicológica(s), psiquiátrica(s) u otra(s) deficiencia(s) mental(es) (excluye las «notas de psicoterapia» definidas en 45 CFR 164.501)
  - Abuso de drogas, alcoholismo u otras sustancias
  - Anemia de células falciformes
  - Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), incluido el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o pruebas de detección del VIH o de enfermedades de transmisión sexual.
  - Deficiencias genéticas, incluidos los resultados de pruebas genéticas
- Información sobre cómo mi(s) deficiencia(s) afecta(n) mi capacidad para realizar tareas y actividades de la vida diaria y afecta(n) mi capacidad para trabajar.
- Copias de pruebas o evaluaciones educativas, incluidos programas educativos individualizados, evaluaciones trienales, evaluaciones psicológicas y del habla, observaciones y evaluaciones de profesores y cualquier otro registro que pueda ayudar a evaluar la función.
- Información creada en los 12 meses siguientes a la fecha de firma de esta autorización, así como información anterior.

**DE QUIÉN:**

- Todas las fuentes médicas (hospitals, clínicas, laboratorios, médicos, psicólogos, etc.), incluidos los centros de salud mental, penitenciarios, de tratamiento de adicciones y de atención de salud para veteranos.
- Todas las fuentes educativas (escuelas, registros de profesores, administradores, consejeros, etc.)
- Trabajadores sociales/consejeros de rehabilitación
- Examinadores consultores
- Empleadores
- Otras personas que puedan conocer mi enfermedad (familia, vecinos, amigos, funcionarios públicos)

|  |
|--|
| <p><b>ESTA CASILLA DEBE SER COMPLETADA POR SCDHHS Y LAS AGENCIAS AUTORIZADAS POR SCDHHS PARA ASISTIR CON DISCAPACIDAD</b></p> <p>PROCESAMIENTO DE DETERMINACIÓN (según sea necesario) para obtener información adicional para identificar el tema (por ejemplo, otros nombres utilizados), la fuente específica o el material que se utilizará.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
|--|

**PARA QUIÉN:** La agencia autorizada por SCDHHS para procesar mi caso, incluidos servicios de copia de contratos, médicos u otros profesionales consultados durante el proceso de determinación de discapacidad.

**PROPÓSITO:** Acepto que se divulguen mis datos de salud para determinar si cumplo los criterios de discapacidad con el fin de establecer mi derecho a las prestaciones de Medicaid.

**CADUCA CUANDO:** Esta autorización es **vinculante durante 12 meses a partir de la fecha firmada a continuación.**

**YO ENTIENDO QUE:**

- Puedo escribir al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Sur para revocar esta autorización en cualquier momento.
- Hay algunas circunstancias en las que la información puede volver a revelarse a otras partes implicadas en la determinación de la elegibilidad para Medicaid.
- Puedo recibir una copia de este formulario si lo solicito.
- Puedo pedir a la fuente que me permita inspeccionar u obtener una copia del material que debe divulgarse.

|   |   |
|---|---|
| <b>Firma del Solicitante (Persona que Solicita las Prestaciones O Padre/Madre/Tutor si el Solicitante es Menor de 18 Años):</b> | <b>Relación con el Solicitante:</b>   |
|   | <b>SELF</b>   |
| <b>Firma del Representante Legal (si el Solicitante no Puede Firmar por Motivos de Salud):</b>                                  | <b>Fecha:</b>   |
| <b>Firma del menor (obligatoria si el solicitante tiene entre 12 y 18 años):</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Se adjunta la documentación del Poder Legal o del Tutor Legal si está firmada por un Representante Legal.</b> |
| <b>Testigo:</b>   | <b>Testigo si firma con una "X":</b>  |

## **FORMULARIO DE LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN**

Por la presente autorizo al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Sur a verificar mis ingresos, incluyendo pero no limitado a la Seguridad Social, Ingreso de Seguridad Suplementario, beneficios para veteranos, pensiones privadas, ingresos ganados, etc.; mis recursos, incluyendo pero no limitado a cuentas corrientes y de ahorro, certificados de depósito, cuentas de jubilación individuales, cuentas de cooperativas de crédito, etc.; seguros, historial médico y gastos; y cualquier otro hecho relevante para mi elegibilidad para participar en los programas administrados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

También autorizo a cualquier persona, sociedad, corporación, asociación o agencia gubernamental que posea información sobre tales asuntos a que divulgue dicha información al Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Certifico que he leído la declaración anterior y entiendo que esto da mi permiso para la divulgación de dicha información.

Imprime tu nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Testigos de la firma (si se firma con una X): 1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

**Consentimiento para divulgar información**

Debe llenar todos los campos obligatorios. No otorgaremos su solicitud a menos que se llenen todos los campos obligatorios. (\*Significa un campo obligatorio. \*\*Estos no son campos obligatorios para que el formulario de consentimiento sea aceptado. Por favor, llene estos campos en caso de que necesitemos comunicarnos con usted sobre el formulario de consentimiento).

**PARA: Administración del Seguro Social**

| *Nombre complete   | *Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA)                         | *Número de Seguro Social completo |
|--|---|-----------------------------------|
| Autorizo a la Administración del Seguro Social para que divulgue información o registros acerca de mí a: |   |                                   |
| <b>*NOMBRE DE LA PERSONA U ORGANIZACIÓN:</b>   | <b>*DIRECCIÓN DE LA PERSONA U ORGANIZACIÓN:</b>           |                                   |
|  | <b>**NÚMERO DE TELÉFONO DE LA PERSONA U ORGANIZACIÓN:</b> |                                   |
| ANMED PATIENT RESOURCE COORDINATOR   | 2000 E. GREENVILLE ST. (CANCER SUPPORT SERVICES)          |                                   |
| ANMED FINANCIAL COUNSELOR  | 800 N. FANT ST. (ADMITTING DEPT.)                         |                                   |
|  | ANDERSON, SC 29621  |                                   |

**\*Quiero que se divulgue esta información porque:** ASSISTING WITH DISABILITY AND MEDICAID PROCESS(ES)

Es posible que cobremos un honorario por divulgar información para propósitos no relacionados con el programa  
PLEASE DISCLOSE MY INFORMATION TO ANMED HOSPITAL ON AN ONGOING BASIS. I INTEND FOR THIS RELEASE FORM  
TO BE VALID FOR AN INDEFINITE PERIOD OF TIME.

**\*Por favor, divulgue la siguiente información seleccionada de la lista a continuación:**

Marque por lo menos una casilla. Si solicita registros médicos, no marque las casillas 7 y 8 juntas. No divulgaremos registros a no ser que incluya rangos de fechas específicos cuando corresponda

1.  Verificación del número de Seguro Social
2.  Cantidad actual del beneficio mensual del Seguro Social
3.  Cantidad actual del pago mensual de Seguridad de Ingreso Suplementario
4.  Cantidades de beneficios del Seguro Social de fecha \_\_\_\_\_ a fecha \_\_\_\_\_
5.  Cantidades de pagos de Seguridad de Ingreso Suplementario de fecha \_\_\_\_\_ a fecha \_\_\_\_\_
6.  Derecho a Medicare de fecha \_\_\_\_\_ a fecha \_\_\_\_\_
7.  Registros médicos de fecha \_\_\_\_\_ a fecha \_\_\_\_\_
8.  Registros médicos completos
9.  Otros registros del Seguro Social (No aceptaremos una solicitud de «todos y cada uno de los registros» o «el archivo completo». Debe especificar qué registros está buscando. Por ejemplo, avisos de aprobación/denegación, solicitudes para beneficios, apelaciones)

INFORMATION FROM ANY TITLE II OR TITLE XVI APPLICATION PENDING OR AN APPEAL, INCLUDING BUT NOT LIMITED TO APPLICATION STATUS.

**Soy la persona a quien aplica la información o el registro solicitado, o el padre o guardián legal de un menor de edad, o el guardián legal de un adulto legalmente incompetente. Declaro bajo pena de perjurio (28 CFR § 1746) que he examinado toda la información en este formulario y es cierta y correcta según mi mejor entendimiento. Entiendo que cualquier persona que a sabiendas o intencionalmente busque u obtenga acceso a registros sobre otra persona con pretextos falsos puede ser castigada con una multa de hasta \$5,000.**

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

\*\*Dirección \_\_\_\_\_ \*\*Teléfono diurno \_\_\_\_\_

\*\*Parentesco (si no es la persona del registro) \_\_\_\_\_ \*\*Teléfono diurno \_\_\_\_\_

Los testigos deben firmar este formulario SÓLO si la firma anterior está hecha con una marca (X). Si firma con una marca (X), dos testigos de la firma que conozcan al firmante deben firmar a continuación y proveer sus direcciones completas. Por favor, escriba en letra de molde el nombre del firmante junto a la marca (X) en la línea anterior para la firma.

|  |  |
|--|--|
| 1. Firma del testigo                                       | 2. Firma del testigo                                       |
| Dirección (número y calle, ciudad, estado y código postal) | Dirección (número y calle, ciudad, estado y código postal) |

## NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE PERSONAL Y AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

Por la presente se certifica que yo, el abajo firmante, he solicitado o deseo solicitar beneficios de Asistencia Médica para y en nombre de mí mismo o (Paciente): \_\_\_\_\_, por la presente nombro a CUALQUIER Consejero Financiero de AnMed, Coordinador de Recursos para Pacientes con Cáncer, o su sucesor en el personal de Consejería Financiera de AnMed, como mi agente y representante personal y como el agente y representante personal del Paciente con el propósito de iniciar solicitudes para dichos beneficios y/o llevar a cabo todas las actividades asociadas con la determinación de la elegibilidad para tales beneficios, incluyendo, si es necesario, la iniciación y realización de procedimientos de apelación administrativos y/o judiciales relacionados con la elegibilidad para dichos beneficios. También autorizo al Hospital a utilizar su propio personal y, a su propio costo, obtener consulta y representación legal para evaluar y llevar a cabo actividades relacionadas con una determinación de mi derecho o el derecho del Paciente a beneficios de Asistencia Médica. Este nombramiento y autorización también serán válidos a efectos de los beneficios de Asistencia en Cobertura y Asistencia Financiera de AnMed (CAFA) y cualquier programa de caridad del Hospital para el cual yo o el Paciente podamos solicitar.

Además, por la presente solicito y autorizo al Departamento de Servicios Sociales del Condado correspondiente donde se realice o esté pendiente cualquier solicitud, y al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Sur, a aceptar esta designación de mi representante personal y agente respecto a cualquier solicitud de tales beneficios y a aceptar de y liberar a dicho representante personal o abogado (o a otro representante del personal de Asesoría Financiera de AnMed) cualquier y toda la información relacionada de alguna manera con cualquier solicitud y determinación de elegibilidad para tales beneficios. Solicito específicamente que se me envíen copias de todos los avisos sobre o solicitudes de información relacionadas con la elegibilidad para tales beneficios a mi representante personal al (864) 512-3435 o por correo dirigido a la atención de dicho representante personal en AnMed, Departamento de Asesoramiento Financiero, 800 N. Fant Street, Anderson, SC 29621.

Además, por la presente autorizo y dirijo a cualquier otra persona, firma, corporación, agencia gubernamental u otra entidad (específicamente incluyendo, pero no limitado a la Administración del Seguro Social, todos los médicos, hospitales, bancos, cooperativas de crédito y compañías de seguros) que tenga o pueda tener información de registros o servicios prestados antes o después de la ejecución de esta autorización (específicamente incluyendo, pero no limitado a mi información de salud identificable relacionada con el tratamiento médico y/o el estado de salud, la cobertura del seguro de cualquier tipo, la elegibilidad para beneficios bajo la Ley Federal de Seguro Social, o información financiera de cualquier tipo) que sea o pueda ser relevante para la determinación de elegibilidad para tales beneficios, a que liberen tal información al mencionado representante personal según él o ella lo solicite. ENTIENDO QUE LA INFORMACIÓN QUE SE PUBLIQUE PUEDE INCLUIR INFORMACIÓN RELATIVA AL ABUSO DE DROGAS O ALCOHOL, ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMES, IMPERFECCIONES PSICOLÓGICAS O PSIQUIÁTRICAS, ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), COMPLEJO RELACIONADO CON EL SIDA (ARC), VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) Y/O IMPERFECCIÓN RELACIONADA CON GENES O RESULTADOS DE PRUEBAS GENÉTICAS.

Este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento mediante notificación escrita al Asesor Financiero en la dirección indicada arriba, excepto en la medida en que ya se haya tomado alguna acción en base a este consentimiento. A menos que sea revocado, este consentimiento será válido por el periodo más largo de trescientos sesenta y cinco (365) días a partir de la fecha indicada a continuación, o hasta que se determine finalmente mi elegibilidad para Medicaid y haya transcurrido el tiempo para apelaciones. Renuncio específicamente a cualquier periodo de tiempo o restricciones menores requeridas por cualquier entidad de la cual se solicite información como se establece arriba.

El propósito de la divulgación es revisar estos materiales en relación con Medicaid, CAFA u otra elegibilidad y/o cobertura de beneficios de salud. Me han explicado la doctrina del consentimiento informado y entiendo el contenido que se va a liberar, la necesidad de la información y que existen estatutos y regulaciones que protegen la confidencialidad de la información autorizada. Por la presente, reconozco que este consentimiento es realmente voluntario.

Además, solicito que se acepte y honre una fotocopia o un telefacímil de este nombramiento y autorización firmados como si fueran un original. Este nombramiento de representante personal se realiza de conformidad con las leyes estatales y federales aplicables, incluyendo, pero no limitado a, 42 C.F.R. §431.200 y siguientes, 42 C.F.R. §435.907 y §435.908, Códigos de Regulaciones de S.C. §§ 114-410, 126-380, y el Manual de Medicaid de Carolina del Sur §1.02.02.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre escrito o impreso

\_\_\_\_\_  
Testigo (Se requieren 2 testigos si la firma es con marca.)