

## NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE

### SECCIÓN I. A COMPLETAR POR EL SOLICITANTE/PARTICIPANTE

Nombre	ID de la persona	Fecha
Elijo a esta persona _____ / _____		
	<i>Nombre de la persona</i>	<i>Nombre de la organización</i>

Dirección completa \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

**como mi representante autorizado para acompañar, ayudar y representarme en mi solicitud o redeterminación de beneficios del programa Healthy San Francisco (HSF).**

#### ESTA AUTORIZACIÓN LE PERMITE A LA PERSONA ARRIBA MENCIONADA:

- Presentar una solicitud para inscripción en el programa Healthy San Francisco.
- Enviar los documentos de verificación requeridos para la inscripción al programa Healthy San Francisco, como:
  - Prueba de identificación
  - Prueba de residencia en San Francisco (fecha dentro de los 45 días de la solicitud)
  - Prueba de ingresos (fecha dentro de los 45 días de la solicitud)
- Firmar el consentimiento para la solicitud y el formulario de reconocimiento del participante de Healthy San Francisco.
- Elegir un hogar médico de Healthy San Francisco.
- Acompañarme a cualquier cita presencial requerida.
- Obtener información de HSF sobre el estado de mi solicitud.
- Obtener copias de los documentos de Healthy San Francisco, como:
  - Aviso de constancia de inscripción
  - Guía de siguientes pasos
  - Copias de los documentos firmados

#### ENTIENDO QUE TENGO LA RESPONSABILIDAD DE:

- Ir y participar en cualquier cita requerida;
- Proporcionar todas las verificaciones solicitadas antes de que se pueda determinar mi elegibilidad; y
- Aceptar cualquier consecuencia de las acciones del representante autorizado como yo lo haría por mi cuenta.

**ENTIENDO QUE TENGO EL DERECHO DE:**

- Elegir a cualquier persona que desee que sea mi representante autorizado.
- Revocar esta autorización en cualquier momento informándole al programa Healthy San Francisco.

---

Firma del solicitante/representante

Fecha

---

Dirección

**SECCIÓN II. A COMPLETAR POR EL REPRESENTANTE AUTORIZADO NOMBRADO. *LOS BUFETES DE ABOGADOS, ORGANIZACIONES Y GRUPOS PUEDEN REPRESENTAR AL SOLICITANTE/PARTICIPANTE PERO UNA PERSONA DEBE SER ELEGIDA COMO LA PERSONA DE CONTACTO PARA ACTUAR EN NOMBRE DE LOS SOLICITANTES/PARTICIPANTES.***

**POR ESTE MEDIO ACEPTO LA CITA ANTERIOR Y ENTIENDO QUE:**

- El solicitante/participante puede revocar esta autorización en cualquier momento y nombrar a otra persona para que actúe como su representante autorizado;
- No tengo ningún otro poder para actuar en nombre del solicitante/participante, excepto como se indicó anteriormente;
- No puedo actuar en lugar del solicitante/participante; y
- No puedo transferir ni reasignar mi cita sin que el solicitante/participante complete el formulario de nombramiento de representante.

Esta autorización es válida por un año a partir de la fecha de la firma del solicitante, a menos que se revoque antes como se describe en la sección 1 anterior.

---

Firma del representante autorizado

Empleado por

---

Fecha

Número de teléfono