

## NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE

### SECCIÓN I. A SER COMPLETADO POR EL SOLICITANTE/PARTICIPANTE

---

**Nombre** \_\_\_\_\_ **ID de la persona** \_\_\_\_\_  
**Fecha** \_\_\_\_\_

Nombre a esta persona \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*Nombre de la persona* *Nombre de la organización*

---

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

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

#### **ESTA AUTORIZACIÓN PERMITE QUE LA PERSONA MENCIONADA ANTERIORMENTE:**

- Presente una solicitud para inscripción en el programa Healthy San Francisco.
- Envíe los documentos de verificación requeridos para la inscripción al programa Healthy San Francisco, como por ejemplo:
  - Prueba de identificación
  - Prueba de residencia en San Francisco (fecha dentro de los 45 días de la solicitud)
  - Prueba de ingreso (fecha dentro de los 45 días de la solicitud)
  - Prueba de activos (fecha dentro de los 45 días de la solicitud)
- Firme el consentimiento para la solicitud y el formulario de reconocimiento del participante de Healthy San Francisco.
- Elija un hogar médico de Healthy San Francisco.
- Me acompañe a cualquier cita presencial requerida.
- Obtenga información de HSF en relación con el estado de mi solicitud.
- Reciba copias de 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:**

- Asistir y participar en cualquier cita presencial 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:**

- Eligir a cualquier persona que desee que sea mi representante autorizado.
- Revocar esta cita en cualquier momento al notificar al programa Healthy San Francisco.

---

Firma del solicitante/representante

Fecha

---

Dirección

**SECCIÓN II. A SER COMPLETADO POR EL REPRESENTANTE AUTORIZADO NOMBRADO. *LOS BUFETES DE ABOGADOS, ORGANIZACIONES Y GRUPOS PUEDEN REPRESENTAR AL SOLICITANTE/PARTICIPANTE PERO UNA PERSONA DEBE SER DESIGNADA 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 se reconoce 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