

# Designación de representante

Este formulario otorga o quita el derecho a un representante (una persona con permiso legal) a actuar en mi nombre y tomar decisiones sobre mi transporte médico en casos de no emergencia (NEMT, por sus siglas en inglés). Estas decisiones serán como si yo las estuviera tomando. Esta persona puede recibir información sobre mi transporte de Ride to Care. Puede trabajar con Ride to Care y con sus socios para tomar decisiones sobre mi beneficio de NEMT. Esto incluye compartir información sobre mi salud con Ride to Care para programar, cancelar o ajustar mi transporte. Esta persona puede hacerse cargo de los detalles de los pagos, solicitar tarifa de transporte público, cambiar la dirección y otra información de contacto, trabajar con mi equipo de atención, solicitar ayuda especial para mí o ayudar con mi beneficio de NEMT, por ejemplo, hacerse cargo de las reclamaciones y apelaciones. Esta persona puede recibir detalles sobre temas confidenciales, como información sobre el transporte relacionada con el tratamiento de drogas y alcohol, salud mental, VIH o aborto.

## Información sobre el/la miembro

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Tarjeta de identificación de miembro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## Información sobre el/la representante

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el/la miembro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

- La persona antes nombrada puede actuar en mi nombre en cualquier asunto relacionado con mis beneficios de NEMT proporcionados por el OHP. El presente documento reemplazará a cualquier representante nombrado previamente.**
- Revoco el permiso previo otorgado a la persona antes nombrada. Ya no deseo que esta persona actúe en mi nombre.**

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

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

*Si alguien firma por el/la miembro, favor de brindar una copia del Poder Legal u otro documento legal que le otorgue dicho permiso.*

Firma del/de la representante: \_\_\_\_\_

**Envíe el formulario completado por fax al: 800-862-3014 O Envíelo por correo postal a:** Ride to Care

10135 SE Sunnyside Rd, Ste #260  
Clackamas, OR 97015

**¿Tiene preguntas sobre este formulario?** Llame a Ride to Care al: 503-416-3955, seleccione la opción 4

## Designación de representante

Puede obtener esta información en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que usted prefiera. También puede solicitar un intérprete. La ayuda es gratis. Llame al 800-224-4840 o TTY 711. Aceptamos llamadas de retransmisión.