



JOE LOMBARDO
Governor

STATE OF NEVADA
DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
DIVISION OF WELFARE AND SUPPORTIVE SERVICES

RICHARD WHITLEY, MS
Director

ROBERT THOMPSON
Administrator

DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO

Nombre del Caso: _____ Número del Caso: _____

Solicitantes y beneficiarios pueden designar a un individuo u organización para actuar de forma responsable en su nombre. Esto incluye ayudar con la solicitud de asistencia del individuo, las renovaciones de elegibilidad y otras comunicaciones en curso con la agencia. Esta designación debe incluir la firma del solicitante electrónicamente, telefónicamente o escrita a mano.

Un representante autorizado designado está de acuerdo en actuar de forma responsable en nombre del solicitante/beneficiario proporcionando toda la información necesaria para determinar la elegibilidad para asistencia. Los derechos y obligaciones de un representante autorizado son los mismos como si fuera el solicitante/cliente en la medida de la capacidad financiera del solicitante/cliente de hacer pagos.

I. DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO POR EL SOLICITANTE/BENEFICIARIO

Yo, _____ solicito que la siguiente persona/agencia
Nombre con letra de molde del solicitante/beneficiario
_____ actúe como mi representante autorizado.
Nombre con letra de molde de la persona o agencia

Yo entiendo que yo o el representante autorizado designado podemos cancelar esta designación por escrito en cualquier momento.

Firma del solicitante Fecha de nacimiento Fecha

Parentesco con el solicitante si la firma no es la del solicitante (Debe ser un miembro de la familia) Fecha

DECLARACIÓN DEL REPRESENTANTE DESIGNADO

Yo creo que el solicitante/beneficiario arriba nombrado entiende la naturaleza y las consecuencias de sus actos y es capaz de ejercer su propia voluntad. Yo certifico que el solicitante/beneficiario arriba nombrado tomó la decisión de designarme como su representante bajo ningún tipo de amenaza o presión.

Yo certifico que bajo pena de perjurio, la información que proporciono es correcta y completa a mi leal saber y entender.

Firma del representante Cargo/Parentesco Nombre con letra de molde Fecha

Dirección Número de teléfono

Hospital, asilo de ancianos o agencia del condado

II. DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO POR OTROS

Yo, _____, he hecho un esfuerzo de buena fe de comunicarme con miembros de la familia y/o cualquier tutor legal del solicitante/beneficiario. No he tenido éxito en encontrar un tutor legal o un miembro de la familia para actuar como representante autorizado o proporcionar información. Por lo tanto, yo solicito ser designado como representante autorizado del solicitante/beneficiario arriba nombrado. Yo certifico que bajo pena de perjurio, la información que proporciono es correcta y completa a mi leal saber y entender.

Firma del representante Parentesco Nombre con letra de molde Fecha

Dirección Número de teléfono

Hospital, asilo de ancianos o agencia del condado

