



DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO DE COUNTYCARE

Para que otra persona actúe en su nombre en una apelación o queja formal, complete y devuelva este formulario. La persona indicada será aceptada como su representante autorizado. No podremos hablar con esta persona en su nombre a menos que este formulario esté completo, firmado y nos lo devuelva.

CountyCare Health Plan
P.O. Box 21153
Eagan, MN 55121
(Fax) 312-548-9940
Email: CountyCareCustomerService@evolent.com

1. **Por la presente autorizo a la persona que se menciona abajo a actuar en mi nombre en la presentación y procesamiento de mi apelación o queja formal ante CountyCare:**

Nombre del Representante Autorizado

2. **Breve descripción del servicio y fecha(s) (si corresponde) en las que el Representante Autorizado actuará en su nombre:**

3. **Dirección del Representante Autorizado**

Dirección de la calle o apartado postal N.º de apartamento

Ciudad Estado Código postal

() _____

Número de teléfono: *Durante el día*

() _____

Número de teléfono: *Por la noche*

4. **Firma del miembro**

Nombre en letra de molde del miembro (o representante legal)* Fecha

Firma del miembro (o representante legal)* Fecha

*Relación si no es el miembro: Padre Guardián Conservador Otro – Especifique