HEALTHY FAMILIES MEDI-CAL FOR FAMILIES
For Your Family's Health

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE UNA EE

Para: Healthy Families y Medi-Cal Program

De: _____

Número de Miembro de la Familia: _____

Si desea darnos permiso para hablar sobre su solicitud con un representante de una Entidad de Inscripción (EE por sus siglas en inglés) debe:

Completar la sección "Permiso para compartir información" diciéndonos el nombre de la EE que está autorizando. Firme y escriba la fecha de hoy:

Permiso para compartir información:
Firme a continuación para permitir que Healthy Families y Medi-Cal hablen con un representante de la Entidad de Inscripción mencionada a continuación sobre el estado de su solicitud. Este permiso termina cuando el programa le envía su decisión respecto dicha solicitud.

Nombre de la Entidad de Inscripción que estoy autorizando para que me represente: _____
Nombre de la Organización

Nombre del Solicitante: (si es diferente del anterior) _____
Por favor, Escriba

Firma: _____ Fecha: _____

Enviar por correo este formulario a:

Healthy Families Program
Attention: Authorized Enrollment Entity
P.O. Box 138005
Sacramento, CA 95813-8005

También puede enviar un fax a: 1-866-848-4974. El número de fax es gratuito.

Importante: No podemos hablar de su solicitud o caso con un representante de una Entidad de Inscripción hasta que recibamos este formulario.

Si tiene preguntas, por favor llame al 1-866-848-9166, de Lunes a Viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., o el sábado, de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita.