

Designación del representante autorizado para los servicios de asistencia en el hogar (IHSS)

Los miembros de Health First Colorado pueden elegir un representante autorizado (AR, en inglés) para ayudarles con las tareas y los beneficios de los servicios de asistencia en el hogar (IHSS, en inglés), si el miembro está inscrito en una exención que ofrece IHSS.

Los miembros pueden cambiar su representante autorizado en cualquier momento. Si el miembro quiere cambiar de representante autorizado, debe trabajar con la agencia de IHSS y el administrador del caso para hacer el cambio. Se deberá completar este formulario cada vez que el miembro cambie de representante autorizado.

Un representante autorizado es una persona que elige el miembro, o el padre o tutor del miembro, si corresponde. El representante autorizado debe tener el criterio y la capacidad para ayudar al miembro a obtener y usar los servicios. El nivel de participación del representante autorizado se decidirá después de su designación como representante autorizado. El representante autorizado tampoco puede ser el proveedor de servicios del miembro. Vea los Estatutos Revisados de Colorado CRS 25.5-6-1202 para obtener más información.

Información del miembro		
Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
ID de Health First Colorado:		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono de la casa:		Teléfono celular:
Correo electrónico:		

Información del representante autorizado		
Nombre:	Relación: <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> No es un familiar	
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):		Últimos 4 números del SSN:
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono de la casa:		Teléfono celular:
Correo electrónico:		



Responsabilidades del representante autorizado

Un representante autorizado tiene las siguientes responsabilidades:

- | | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Presentar a la agencia de IHSS las personas que podrían ser asistentes de IHSS• Programar, administrar y supervisar a los asistentes con ayuda de la agencia de IHSS | <ul style="list-style-type: none">• Preparar a los asistentes para cubrir las necesidades del miembro• Trabajar con la agencia de IHSS para decidir el nivel de supervisión en el hogar por parte de un profesional médico | <ul style="list-style-type: none">• Despedir a los asistentes que no cubran las necesidades del miembro |
|---|---|---|

Declaración jurada del representante autorizado

Por la presente, acepto ser el representante autorizado del miembro arriba mencionado y entiendo mis responsabilidades y deberes. Además:

- Tengo como mínimo dieciocho años de edad.
- No he sido condenado por ningún delito de explotación, abuso o agresión a otra persona.
- Los miembros de IHSS que requieran un representante autorizado no pueden actuar como representante autorizado de otro miembro de IHSS.

Firma del representante autorizado:

Fecha:

Firma del miembro o tutor legal:

Persona que completó este formulario: Miembro Tutor legal
(Si es el tutor legal, incluir los documentos correspondientes)

Firma del miembro o tutor legal:

Fecha:

Si el miembro no puede firmar, otra persona puede ser testigo de la marca que el miembro hizo arriba.

Nombre del testigo:

Firma del testigo:

Fecha:

Agencia de IHSS:

Fecha:

