



DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO PARA APELACIÓN Y QUEJA

Usted puede hacer que alguien más actúe en su nombre en una apelación, incluso un abogado si lo desea. La persona que liste abajo será aceptada como su representante. No podemos hablar con alguien en su nombre hasta que recibamos este formulario. Si necesita ayuda con este formulario, llámenos al número de abajo. Envíenos de regreso este formulario a:

Sunflower Health Plan
Quality Department
8325 Lenexa Drive, Suite 410
Lenexa, KS 66214
Fax 1-888-453-4755
Teléfono (sin cargo) 1-877-644-4623
TTY 711

Yo, _____ quiero que la persona siguiente
(Nombre en letra de imprenta del afiliado)

_____ actúe por mí en mi apelación o queja. He hablado con esta
persona y él/ella acepta representarme en el proceso. Entiendo que se puede divulgar a mi
representante información médica personal relacionada con mi apelación.

1. Nombre del representante (en letra de imprenta):

2. Dirección del representante:

Calle o Casilla postal

Núm. de Apto.

Ciudad

Estado

Código postal

Número telefónico: Día

Número telefónico: Noche

3. Descripción breve de la apelación por la que este Representante actuará en mi nombre:

4. Firma del afiliado (o del padre/madre/tutor)*

Fecha:

* Relación con el afiliado:

Afiliado

Padre/madre

Tutor