



COLORADO

Department of Health Care
Policy & Financing

303 E. 17th Ave. Suite 1100
Denver, CO 80203

Acuse de recibo del consentimiento verbal para firmar

Acepte las declaraciones de este formulario si desea que un Representante Autorizado Limitado firme su solicitud o renovación de Health First Colorado (programa Medicaid de Colorado) o Child Health Plan *Plus* (CHP+) en su nombre. Debe aceptar las declaraciones en este formulario si desea completar su solicitud o renovación sin firmarla usted mismo.

Este formulario solo permite que el Representante Autorizado Limitado firme su solicitud o renovación en su nombre. **No** le da permiso al Representante Autorizado Limitado para firmar nada más ni para tomar ninguna otra decisión en su nombre.

Nombre del solicitante o miembro: _____

Dirección: _____ Número de apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Fecha: _____

Este formulario debe enviarse junto con la solicitud o la renovación de Health First Colorado o CHP+. El formulario es necesario para dar permiso a un Representante Autorizado Limitado para firmar una solicitud o renovación en nombre del solicitante.

- Si un solicitante o miembro está solicitando o renovando en línea en [Colorado.gov/PEAK](https://colorado.gov/PEAK), el Representante Autorizado Limitado firmará y cargará este formulario de consentimiento verbal con la solicitud o renovación.
- Si un solicitante o miembro presenta una solicitud o renovación en formato impreso a un centro de Asistencia Médica Certificada, el centro presentará este formulario de consentimiento junto con la solicitud o renovación en formato impreso.

La firma del Representante Autorizado Limitado en este formulario certifica lo siguiente:

(Los Representantes Autorizados Limitados deben leer e informar al solicitante sobre lo siguiente)

1. Usted (el solicitante) comprende el propósito de este formulario y me concede a mí (el Representante Autorizado Limitado) la autoridad limitada para firmar esta solicitud o renovación de asistencia médica.
2. Usted (el solicitante) entiende que puede revocar esta autorización en cualquier momento. Póngase en contacto con el departamento de servicios humanos de su condado si decide que no desea que el Representante Autorizado Limitado firme solicitudes o renovaciones en su nombre en el futuro.
3. Usted (el solicitante) recibirá una copia de este formulario de consentimiento.

La firma del Representante Autorizado Limitado (mecnografiada o manuscrita) certifica lo siguiente:

- El Representante Autorizado Limitado le ha leído las tres declaraciones anteriores al solicitante.
- El solicitante comprende las declaraciones y autoriza al Representante Autorizado Limitado a firmar su solicitud o renovación.

Nombre del Representante Autorizado Limitado: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____