

Solicitud de asignación de representante legal para el miembro

Utilice este formulario para permitir que otra persona se haga cargo de sus necesidades de atención médica, lo que incluye permitirle acceso completo a su información médica personal, realizar cambios en su cobertura de atención médica, así como recibir su correo de atención médica. Lea las instrucciones en la PÁGINA 2 antes de completar este formulario. DEBE COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS.

Se requiere un formulario por separado para cada miembro de la póliza. Escriba con letra de molde legible, excepto donde se le solicite firmar.

Brinde la información a continuación, firme en el espacio provisto y envíe el formulario a: Horizon NJ Health, Attn: HIPAA Team, 1700 American Blvd., Pennington, NJ 08534 en el sobre con sello que se adjunta.

Información del miembro

Nombre Suscriptor *[Miembro]* Dependiente): _____

N.º de identificación del suscriptor (miembro): _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ N.º de teléfono: ____-____-____
MM DD AAAA

Dirección (que figura en los registros): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Yo, _____, por la presente designo a _____
(miembro) (representante legal)

como mi representante legal en lo que respecta a las comunicaciones de Horizon NJ Health y sus socios comerciales en materia de mi información privada. También entiendo que se puede divulgar información privada de salud mental o trastornos por uso de sustancias si he utilizado dichos servicios.

Documentación de autoridad legal para actuar en nombre del miembro (debe presentar al menos uno de los documentos que se describen a continuación)

- **Poder legal para atención médica, orden judicial, tutela o custodia**
- **Poder de representación para atención médica** (un documento que permite legalmente a otra persona actuar en su nombre para tomar decisiones de atención médica)
- **Albacea o administrador del patrimonio del miembro fallecido**
- **Otro: Describa la naturaleza de su autoridad legal para tomar decisiones sobre la atención médica del miembro**

Adjunte los documentos correspondientes al formulario.

Información del representante legal (se requiere para efectos de verificación de privacidad)

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre): _____

Últimos 4 dígitos del Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
MM DD AAAA

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

N.º de teléfono: ____-____-____ Relación con el miembro: _____

Nota: Toda la correspondencia futura, como la Explicación de beneficios (EOB), información de pago, etc., se enviará al representante legal, pero aún se emitirá a nombre del miembro.

Plazo de la representación: De: ____/____/____ A: ____/____/____
MM DD AAAA MM DD AAAA

NOTA: Si no se brinda un plazo específico, la presente solicitud permanecerá en vigor hasta que el miembro o su representante legal notifique a Horizon NJ Health por escrito una solicitud de cambio o hasta la fecha de vencimiento del documento legal adjunto.

Marque esta casilla si desea que su respuesta a esta solicitud se envíe por correo electrónico.

Correo electrónico: _____

Firma del Miembro Solicitante: _____ Fecha: ____/____/____
(marque si es miembro u otro solicitante) MM DD AAA

Nombre en letra de molde: _____

INSTRUCCIONES
DOCUMENTACIÓN DEL ESTATUS DE REPRESENTANTE LEGAL PARA EL MIEMBRO

(NOTA: Este formulario no se puede utilizar para cambiar la dirección de un miembro. Para cambios de dirección de miembros, comuníquese con Servicios para Miembros).

Instrucciones generales: Debe completar todos los campos, a menos que se especifique lo contrario.

Utilice este formulario si desea permitir que otra persona sea su representante legal con respecto a las interacciones con Horizon NJ Health. Este formulario solo puede utilizarse para dejar un registro de la persona que tiene el derecho legal de actuar en su nombre, y se debe adjuntar la documentación legal justificativa. Todos los documentos legales requeridos se someterán a un proceso de validación por parte del Privacy Center of Excellence (Centro de Privacidad de Excelencia) de Horizon NJ Health o la persona designada. Se requiere un formulario y documentación por separado para cada miembro de la cobertura, incluso si se autoriza al mismo representante.

Sección de información del miembro:

En esta sección, se solicita información relacionada con el miembro para el que se solicita un representante legal. Dado que esta información se utiliza tanto para fines de identificación como de verificación, los datos incluidos en esta sección deben coincidir con la información más actualizada del miembro/suscriptor en los registros de Horizon NJ Health. Tenga en cuenta que este formulario puede ser rechazado si la información que incluye no coincide con la información de nuestros registros.

Sección sobre la documentación de la autoridad legal para actuar en nombre del miembro:

Debe completar esta sección para indicar la fuente de la autoridad del representante legal para actuar en nombre del miembro.

Sección sobre la información del representante legal:

Horizon NJ Health utilizará la información solicitada en esta sección con fines de identificación y verificación. El representante legal deberá verificar esta información durante una llamada telefónica si desea recibir su información médica personal.

Plazo de representación: Si no se brinda un plazo específico, la presente solicitud permanecerá en vigor hasta que el miembro o su representante legal notifique a Horizon NJ Health por escrito una solicitud de cambio o hasta la fecha de vencimiento del documento legal adjunto.

Nota: La asignación entrará en vigor en la fecha en que Horizon NJ Health procese y apruebe el formulario.

Envíe por correo este formulario a la siguiente dirección:

Horizon NJ Health
Attn: HIPAA Team
1700 American Blvd.
Pennington, NJ 08534

O envíelo por fax a: (609) 538-1574

HNJH_HIPAA_Team@horizonblue.com



1700 American Blvd.
Pennington, NJ 08534
horizonNJhealth.com

Aviso contra la discriminación

Horizon NJ Health cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina, excluye ni trata de manera diferente a las personas por motivos de raza, color, género, nacionalidad, edad, discapacidad, embarazo, identidad de género, sexo u orientación sexual, o estado de salud en la administración del plan, incluida la inscripción y las determinaciones de beneficios.

Horizon NJ Health brinda asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como intérpretes calificados de lenguaje de señas e información escrita en otros idiomas.

Cómo comunicarse con Servicios para Miembros

Llame a Servicios para Miembros al **1-800-682-9090 (TTY 711)** o al **número de teléfono que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro** si necesita la ayuda y los servicios gratuitos que se mencionan anteriormente y para **todos los demás problemas de Servicios para Miembros, que incluyen los siguientes:**

- **Consultas sobre reclamaciones, beneficios o inscripción**
- **Tarjetas de identificación extraviadas o robadas**
- **Cambios de dirección**
- **Cualquier otra consulta relacionada con sus beneficios o plan de salud**

Cómo presentar una queja según la Sección 1557

Si cree que Horizon BCBSNJ no ha proporcionado la ayuda y los servicios de comunicación gratuitos o lo discriminó por motivos de raza, color, sexo, nacionalidad, edad o discapacidad, puede presentar una reclamación por discriminación, también conocida como queja según la Sección 1557. Puede comunicarse con el Coordinador de derechos civiles de Horizon BCBSNJ al número de Servicios para Miembros que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro o a la siguiente dirección:

**Horizon BCBSNJ – Civil Rights Coordinator
PO Box 10194
Newark, NJ 07101**

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de forma electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a:

**Office for Civil Rights Headquarters
U.S. Department of Health and Human Services 200
Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building Washington,
D.C. 20201
1-800-368-1019 o 1-800-537-7697 (TDD)**

Los formularios de quejas de OCR están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.