

## Asistencia para Completar esta Solicitud

### Puede seleccionar un representante autorizado.

Usted puede autorizar a una persona de su confianza para hablar sobre la solicitud, ver la información que contiene y discutirla y firmarla en nombre suyo. A esta persona se le conoce como "representante autorizado". Si en algún momento cambia a su representante autorizado, debe comunicárselo a Medicaid/ALL Kids o el Marketplace. Si usted es un representante designado legalmente para alguien en esta solicitud, presente evidencia con la solicitud.

1. Nombre del representante autorizado (Nombre, Apellidos)		
2. Dirección		3. Número de apartamento o suite
4. Ciudad	5. Estado	6. Código Postal
7. Número de teléfono (    )    -		
8. Nombre de la organización		9. Número de identificación (ID)
Con su firma, usted autoriza a esta persona a obtener información sobre la solicitud, firmarla y a representarlo en todos los asuntos futuros relacionados con la solicitud.		
10. Su firma		11. Fecha (mm/dd/año)

### Para consejeros certificados de solicitudes, agentes, navegadores, y agentes de venta de Seguros.

Complete esta sección si usted es un consejero certificado de solicitudes, agente, navegadores, o agentes de venta de Seguros, que está llenando la solicitud para alguien más.

1. Fecha de inicio de la solicitud (mm/dd/año)	
2. Nombre, Apellidos, Sufijo	
3. Nombre de la organización	4. Número de identificación (ID)