

AUTORIZACIÓN DEL REPRESENTANTE DESIGNADO

SECCIÓN I. A COMPLETAR POR EL PACIENTE O SOLICITANTE:

Nombre del Solicitante alternativo

_____/_____/_____
Fecha de nacimiento

() _____ () _____
Número de teléfono *Número de teléfono*

Dirección

Ciudad, Estado, Código postal

Yo, _____, ("Solicitante") nombro a Firstsource Solutions USA, LLC, que opera bajo el nombre de MedAssist, y sus empleados ("MedAssist") para actuar como mi Representante Designado con la finalidad de obtener asistencia económica para mis gastos médicos y programas adicionales, del gobierno, de un hospital u otros, para los que pueda ser elegible. Como mi Representante Designado, MedAssist está autorizado a actuar de forma responsable en mi nombre para acompañar, asistir, y representarme en mi solicitud o redeterminación de beneficios ante cualquier agencia o entidad que proporcione dicho apoyo ("Agencia" o "Agencias"). La Agencia o las Agencias pueden incluir, sin estar limitadas a, las fuentes de financiamiento local, estatal y federales, tales como un hospital de beneficencia, los servicios humanos del condado, Medicaid, y la Administración de la Seguridad Social. Comprendo que MedAssist recibe un pago por parte de mi proveedor de asistencia médica, tal como un hospital donde haya recibido tratamiento, para poder proveer estos servicios de asistencia financiera en mi nombre. Comprendo que puedo cambiar de opinión y/o renunciar a la solicitud de programas de asistencia financiera en cualquier momento. Proporcionaré a MedAssist mi información de contacto actualizada para que MedAssist pueda mantenerme informado e involucrado durante el proceso de solicitud y cualquier asunto relacionado subsecuente.

SECCIÓN II. ESTA AUTORIZACIÓN/PODER DE ATTORNEY ENABLES MEDASSIST A:

- Obtener información sobre mis activos, situación laboral, ingresos, situación fiscal y condición médica para fundamentar mi(s) solicitud(es) y firmar los formularios de autorización en mi nombre para obtener esta información de mi banco, cooperativa de crédito, empleador y/o el gobierno o las entidades financieras.
- Obtener extractos bancarios de mi banco, cooperativa de crédito o institución financiera.
- Obtenga los registros de impuestos de propiedad personal y la información de apoyo de las agencias del Condado y/o estatales aplicables.
- Crear, acceder y utilizar una cuenta(s) en línea en mi nombre y presentar la(s) solicitud(es) al hospital o las Agencias pertinentes para la determinación de beneficios, ya sea de forma electrónica o de otro tipo.
- Presentar información sobre mi persona con respecto a mi patrimonio, situación laboral, ingresos y condición médica para fundamentar mi(s) solicitud(es) electrónica(s) o de otro tipo y firmar una solicitud con las Agencias en mi nombre.
- Recibir copias de cualquier notificación u otros comunicados entre las Agencias y yo.
- Acompañarme a cualquier entrevista personal requerida o asistir a las entrevistas personales en mi nombre cuando las Agencias así lo permitan.
- Continuar el proceso de apelación, hasta, e incluyendo los posibles procedimientos judiciales, en el caso de que mi(s) solicitud(es) sea(n) denegada(s), si MedAssist determina razonablemente que sea apropiado en mi caso.
- Crear y enviar un formulario de renovación.
- Participar en mi nombre y en mi ausencia en cualquier audiencia o apelación con las Agencias.
- Contactar con las Agencias en relación al estado de mi(s) solicitud(es).
- Actuar en mi nombre en todos los demás asuntos con la Agencia/las Agencias relacionados con mi(s) solicitud(es), así como su aprobación y procesamiento.

SECCIÓN III. COMPRENDO Y ACEPTO QUE:

- Este formulario constituye una solicitud para ejercer mi derecho a acceder a la Información de Salud Protegida ("Protected Health Information - PHI") sobre mí en posesión de la Agencia en un registro designado, incluyendo, si procede, la información sobre el estado de mi solicitud. Tengo el derecho de solicitar el acceso a mi PHI bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996 y su normativa de implementación ("Health Insurance Portability and Accountability Act - HIPAA").
- En cumplimiento de 45 C.F.R. §164.524(c) (3) (ii) de la HIPAA, por la presente ordeno a la Agencia que proporcione acceso a mi PHI en su poder a MedAssist en el _____, por teléfono según lo solicitado por MedAssist o en hipaa@na.firstsource.com.
- Mi solicitud para enviar mi PHI a MedAssist expira tras la rescisión o revocación de esta Autorización.

SECCIÓN IV. COMPRENDO QUE TENGO LA RESPONSABILIDAD DE:

- Realizar declaraciones veraces y completas a MedAssist y las entidades pertinentes según mi conocimiento.

- Revocar esta autorización, ya sea modificando la autorización o proporcionando a la Agencia/las Agencia una notificación firmada que indique que MedAssist ya no está autorizado para actuar en mi nombre.
- En caso de revocación, notificar a MedAssist por escrito de que esta autorización ha sido revocada. Entiendo que mi revocación será efectiva, salvo en la medida en que MedAssist ya haya actuado en base a esta autorización. Para informar a MedAssist de mi revocación de esta autorización, enviaré mi notificación escrita a hipaa@na.firstsource.com.

SECCIÓN V. ACEPTO Y COMPRENDO QUE:

- He tenido tiempo suficiente para revisar todas las disposiciones de esta autorización.
- Puede ser necesario que firme formularios adicionales para proceder con mi(s) solicitud(es).
- MedAssist me puede contactar por teléfono en cualquier número de teléfono asociado a mí, incluidos los números de teléfono inalámbricos u otros números a mi cargo, ya sean proporcionados por mí en el pasado, presente o futuro. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados/artificiales y/o el uso de un dispositivo de marcación automática y/o marcación predictiva.
- Cualquier información obtenida por MedAssist al actuar como mi Representante Designado puede ser compartida con mi proveedor de asistencia médica y/o representante legal, sujeto a la Sección VI.

SECCIÓN VI. EXPLICACIÓN DE LA PROTECCIÓN DE LA CONFIDENCIALIDAD:

Como Representante Designado, MedAssist se compromete a mantener la confidencialidad de cualquier información relacionada con el Solicitante proporcionada a MedAssist por las Agencias, incluyendo, sin estar limitada, la siguiente:

- Información individualmente identificable sobre la salud, que es información que identifica al Solicitante y que se relaciona con salud o condición física o mental pasada, presente o futura del Solicitante; la prestación de asistencia médica al Solicitante; o el pago pasado, presente o futuro para la prestación de asistencia médica al Solicitante. La información individualmente identificable sobre la salud incluye información demográfica, antecedentes clínicos, resultados de las pruebas y de laboratorio, y la información del seguro, así como diversos identificadores comunes (por ejemplo: nombre, dirección, fecha de nacimiento, número del Seguro Social).
- La información financiera, incluyendo la naturaleza de los ingresos del Solicitante, los activos, pasivos, obligaciones fiscales, pagos de impuestos, investigaciones o litigios potenciales o reales relacionados con la situación de la declaración de impuestos del Solicitante, las determinaciones escritas sobre la situación fiscal del Solicitante, y los acuerdos conexos entre la Secretaría de Hacienda y el Solicitante.

SECCIÓN VII: LOS DERECHOS, PODERES Y AUTORIDAD DE MI REPRESENTANTE DESIGNADO COMENZARÁN EN LA FECHA DE FIRMA DE LA AUTORIZACIÓN Y SEGUIRÁN VIGENTES HASTA LA CONCLUSIÓN FINAL DE MI(S) SOLICITUD(ES), INCLUYENDO CUALQUIER NUEVA SOLICITUD O APELACIÓN EN CASO DE QUE LA SOLICITUD ORIGINAL SEA DENEGADA O REVOCADA POR MÍ O POR UNA PERSONA LEGALMENTE AUTORIZADA PARA ACTUAR EN MI NOMBRE.

COMPRENDO Y ACEPTO QUE HE SOLICITADO A MEDASSIST QUE CREE, ACCEDA Y UTILICE UNA CUENTA(S) EN LÍNEA EN MI NOMBRE Y PRESENTAR UNA SOLICITUD(ES) A LAS AGENCIAS PERTINENTES PARA ASISTENCIA CON MIS FACTURAS MÉDICAS Y QUE SE ME ACONSEJA BUSCAR OTRA ASISTENCIA POR MI CUENTA. COMPRENDO QUE LAS AGENCIAS SON LAS QUE TOMAN LA DECISIÓN FINAL RESPECTO A MI SOLICITUD, Y QUE MEDASSIST NO PUEDE GARANTIZAR NINGÚN RESULTADO. COMPRENDO QUE MEDASSIST PUEDE RENUNCIAR A SER MI REPRESENTANTE DESIGNADO EN CUALQUIER MOMENTO POR MEDIO DE NOTIFICACIÓN ESCRITA A LAS AGENCIAS PERTINENTES Y DEBE ASIMISMO NOTIFICARME POR ESCRITO DE TAL RENUNCIA.

Firma del Solicitante

Fecha

En el caso de ser firmada por una persona legalmente autorizada para firmar en nombre del Solicitante:

Firma del Representante legal

Fecha

Descripción de la autoridad del Representante legal (como por ejemplo tutor legal):

COMO REPRESENTANTE DESIGNADO, MEDASSIST PROTEGERÁ Y MANTENDRÁ LA CONFIDENCIALIDAD DE CUALQUIER INFORMACIÓN PROPORCIONADA A MEDASSIST POR LA AGENCIA, INCLUYENDO LA INFORMACIÓN INDIVIDUALMENTE IDENTIFICABLE SOBRE LA SALUD Y LA INFORMACIÓN FINANCIERA DEL SOLICITANTE, EN CUMPLIMIENTO DE LAS NORMATIVAS ESTABLECIDAS EN 42 CFR 435.923; 42 CFR 431 SUBPARTE F; 45 CFR 155.260(f), 42 CFR 447.10, ASÍ COMO OTRAS LEYES ESTATALES Y FEDERALES PERTINENTES.

Firma del empleado autorizado

Fecha