



# Designación de representante autorizado

Usted puede elegir a otra persona para que actúe en su nombre durante una apelación. La persona que incluya a continuación será aceptada como su representante. No podremos hablar con ninguna persona en su nombre hasta que recibamos este formulario. Envíenos este formulario a:

**IlliniCare Health**  
**Appeals Coordinator**  
**999 Oakmont Plaza Drive**  
**Suite 400**  
**Westmont, IL 60559**

**Teléfono: 866-329-4701**  
**TDD/TTY: 866-811-2452**  
**Fax: 877-668-2075**

**1.** Quiero que la siguiente persona actúe en mi nombre durante mi apelación:

Nombre del representante: .....

**2.** Dirección del representante:

Dirección o n.º de apartado postal: ..... Apt. n.º .....

Ciudad: ..... Estado: ..... Código postal: .....

Número de teléfono durante el día: ..... - ..... - .....

Números de teléfono durante la noche: ..... - ..... - .....

**3.** Breve descripción de la apelación por la cual el representante estará actuando en su nombre:

.....  
.....  
.....  
.....

**4.** Firma del miembro:

.....  
Nombre miembro en letra del imprenta  
(o del representante legal)\*

.....  
Fecha

.....  
Firma del miembro  
(o del representante legal)\*

.....  
Fecha

**\* Relación con el miembro:**

Padre/madre  Tutor  Otro - especifique .....