



BRIAN SANDOVAL  
Governor

STATE OF NEVADA  
DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES  
DIVISION OF WELFARE AND SUPPORTIVE SERVICES

RICHARD WHITLEY, MS  
Director

STEVE H. FISHER  
Administrator

## DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO

Nombre del Caso: \_\_\_\_\_ Número del Caso: \_\_\_\_\_

Solicitantes y beneficiarios pueden designar a un individuo u organización para actuar de forma responsable en su nombre. Esto incluye ayudar con la solicitud de asistencia del individuo, las renovaciones de elegibilidad y otras comunicaciones en curso con la agencia. Esta designación debe incluir la firma del solicitante electrónicamente, telefónicamente o escrita a mano.

Un representante autorizado designado está de acuerdo en actuar de forma responsable en nombre del solicitante/beneficiario proporcionando toda la información necesaria para determinar la elegibilidad para asistencia. Los derechos y obligaciones de un representante autorizado son los mismos como si fuera el solicitante/cliente en la medida de la capacidad financiera del solicitante/cliente de hacer pagos.

### I. DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO POR EL SOLICITANTE/BENEFICIARIO

Yo, \_\_\_\_\_ solicito que la siguiente persona/agencia  
Nombre con letra de molde del solicitante/beneficiario  
\_\_\_\_\_ actúe como mi representante autorizado.  
Nombre con letra de molde de la persona o agencia

Yo entiendo que yo o el representante autorizado designado podemos cancelar esta designación por escrito en cualquier momento.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante Fecha de nacimiento Fecha

\_\_\_\_\_  
Parentesco con el solicitante si la firma no es la del solicitante (Debe ser un miembro de la familia) Fecha

### DECLARACIÓN DEL REPRESENTANTE DESIGNADO

Yo creo que el solicitante/beneficiario arriba nombrado entiende la naturaleza y las consecuencias de sus actos y es capaz de ejercer su propia voluntad. Yo certifico que el solicitante/beneficiario arriba nombrado tomó la decisión de designarme como su representante bajo ningún tipo de amenaza o presión.

Yo certifico que bajo pena de perjurio, la información que proporciono es correcta y completa a mi leal saber y entender.

\_\_\_\_\_  
Firma del representante Cargo/Parentesco Nombre con letra de molde Fecha

\_\_\_\_\_  
Dirección Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Hospital, asilo de ancianos o agencia del condado

### II. DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO POR OTROS

Yo, \_\_\_\_\_, he hecho un esfuerzo de buena fe de comunicarme con miembros de la familia y/o cualquier tutor legal del solicitante/beneficiario. No he tenido éxito en encontrar un tutor legal o un miembro de la familia para actuar como representante autorizado o proporcionar información. Por lo tanto, yo solicito ser designado como representante autorizado del solicitante/beneficiario arriba nombrado. Yo certifico que bajo pena de perjurio, la información que proporciono es correcta y completa a mi leal saber y entender.

\_\_\_\_\_  
Firma del representante Parentesco Nombre con letra de molde Fecha

\_\_\_\_\_  
Dirección Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Hospital, asilo de ancianos o agencia del condado

