



**Oficina del estado de Nueva York para personas con
discapacidades del desarrollo
Medicare Parte D
Formulario para la designación de un beneficiario**

Este formulario debe ser usado por un beneficiario competente de Medicaid que reciba servicios de OPWDD o un proveedor de OPWDD. La persona designada en este formulario tendrá la autoridad de inscribir al beneficiario en un plan de medicamentos recetados de Medicaid y de cambiar los planes de medicamentos recetados y/o tomar parte en el proceso de revisión de la Parte D en nombre del beneficiario. Tomar parte en el proceso de revisión de la Parte D significa llevar a cabo cualquiera de las siguientes acciones: presentar una queja; enviar una reclamación a la organización de mejora de la calidad; solicitar y obtener una determinación de cobertura (incluso solicitudes de excepción y solicitud de procedimientos expeditivos); presentar y solicitar apelaciones y lidiar con cualquier parte del proceso de apelaciones.

Instrucciones:

1. Por favor complete todos los campos en la página 1 de este formulario. Asegúrese de firmar y poner la fecha en la parte de abajo.
2. Señale la opción apropiada que describa el tipo de designación.
3. Quédese con el original.

Por favor escriba

Nombre del beneficiario

Dirección

Ciudad	Estado	Código postal

La persona designada en este formulario tendrá la autoridad para: (señale todas las opciones que correspondan)

- Inscribirme en un plan de medicamentos recetados Medicare Parte D y cambiarme de planes.
- Tomar parte en un proceso de revisión Parte D en mi nombre.

Soy un beneficiario que recibe servicios de OPWDD o de una agencia privada certificada, autorizada o financiada por OPWDD y (por favor elija una de las siguientes opciones):

Designo a _____, que vive en _____.

Designo al director ejecutivo de _____, una agencia certificada, autorizada o financiada por OPWDD. Entiendo que el director ejecutivo podrá nombrar a un designado a fin de que actúe en su nombre.

Designo al director de la Oficina Estatal de Operaciones de Discapacidades del Desarrollo (DDSOO) _____, _____.
_____. Entiendo que el director de DDSOO podrá nombrar a un designado a fin de que actúe en su nombre.

Esta designación sustituye cualquier designación previa que pude haber hecho.

Firma _____ Fecha _____

Designación del director ejecutivo o director de DDSOO.

Esta página puede ser usada para documentar el nombramiento de un designado a fin de que actúe en nombre del director ejecutivo o director DDSOO cuando corresponda.

Las personas cuyos nombres y firmas aparecen abajo dan fe de que el director ejecutivo o director de DDSOO las ha designado para tomar decisiones de inscripción en nombre del beneficiario (si él o ella ha designado al director ejecutivo o director de DDSOO para tomar estas decisiones) y/o para tomar parte en el proceso de revisión de la Parte D en nombre del beneficiario (si él o ella ha designado al director ejecutivo o director de DDSOO para tal):

Designado(s)

Nombre

Firma

Nombre

Firma

Nombre

Firma