



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

Este formulario debe ser usado por cualquier persona que no sea el tutor o el padre o la madre de un menor y únicamente en representación de beneficiarios que no vivan en una residencia certificada o dirigida por 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 de conformidad con 14 NYCRR Artículo 635-11.3(d). 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 _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____

Código postal _____

Relación con el beneficiario:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> cónyuge | <input type="checkbox"/> miembro adulto de la familia (por favor indique la relación _____) |
| <input type="checkbox"/> padre o madre | <input type="checkbox"/> amigo del adulto |
| <input type="checkbox"/> hijo del adulto | <input type="checkbox"/> abogado |
| <input type="checkbox"/> hermano o hermana del adulto | <input type="checkbox"/> corresponsal |

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

- Inscribir al beneficiario en un plan de medicamentos recetados Medicare Parte D y cambiar de plan en representación del beneficiario.
- Tomar parte en un proceso de revisión Parte D en nombre del beneficiario.

Soy el _____ de _____, que es un beneficiario y recibe servicios no residenciales 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 _____

Consulte la página siguiente para la designación del director ejecutivo o director de DDSOO.

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 a 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 a 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