

Imprima claramente en tinta azul o negra.

Este formulario deberá estar completado en su totalidad para ser procesado. Esto incluye adjuntar la documentación legal pertinente (vea la página 2).

Este formulario permite que otra persona tome decisiones de atención médica por un miembro de PerformCare. Esta persona debe tener autoridad legal para actuar a nombre suyo. Esto incluye la custodia legal o el poder notarial de atención médica. Si tiene preguntas, puede llamar a Servicios al Miembro al **1-877-652-7624**.

Información del miembro		
Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:
Número de identificación de miembro:	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Dirección línea 1:		
Dirección línea 2:		
Ciudad:	Estado: <input type="text"/> <input type="text"/>	Código postal: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Número de teléfono del hogar (incluir código de área): ( <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Número de teléfono móvil (incluir código de área): ( <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Dirección de correo electrónico:		

Información del representante del miembro		
Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:
Dirección línea 1:		
Dirección línea 2:		
Ciudad:	Estado: <input type="text"/> <input type="text"/>	Código postal: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Número de teléfono del hogar (incluir código de área): ( <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Número de teléfono móvil (incluir código de área): ( <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Dirección de correo electrónico:		
Relación con el miembro:	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	

## Formulario de solicitud de representante personal

**Se debe adjuntar una copia de la documentación legal a este formulario.  
Si no adjunta la documentación legal, este formulario no podrá ser procesado.**

Tipo de documentación que adjunta:

- Poder notarial para tomar decisiones de atención médica
- Custodia legal
- Orden de custodia
- Albacea del patrimonio

Otro (especifique):

### Firma del representante personal legal del miembro y fecha

Nombre (en letra de molde):

Firma del representante personal:

Fecha (MM/DD/AAAA):  /  /

Sírvase guardar una copia de este formulario para sus registros.

### Información importante sobre los representantes personales

La Norma de privacidad federal requiere que PerformCare cumpla con ciertos procedimientos antes de brindar acceso a su información médica protegida (PHI) a una persona que no sea usted. La PHI es información sobre usted que se puede usar razonablemente para identificarlo y que se relaciona con su condición física o salud mental pasada, presente, o futura y la provisión de atención médica para usted o los pagos por esa atención. PerformCare divulgará la PHI a su representante personal tras haber recibido documentación que acredite que esta persona tiene autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre (por ejemplo, custodia legal, poder notarial u otro documento legal válidos). PerformCare también reconocerá como representante personal a un albacea, administrador o persona que la ley autorice para actuar en nombre de un miembro fallecido o de su patrimonio.

#### **Usted debe saber lo siguiente:**

La información sobre su salud es muy personal. Estamos comprometidos a proteger su privacidad. Lea este formulario atentamente. Este formulario deberá estar completado en su totalidad para ser procesado. Esto incluye adjuntar la documentación legal pertinente.

Sin embargo, PerformCare no tratará a alguien como su representante personal si creemos razonablemente que: (1) usted es objeto de actos de violencia doméstica, abuso o negligencia por parte del representante personal; (2) tratar a la persona como su representante personal puede ponerlo en peligro; o (3) en el ejercicio del criterio profesional (por ejemplo, según la opinión de un profesional autorizado), PerformCare decide que tratar a esa persona como su representante personal no es para el interés superior suyo.

#### **Usted debe saber lo siguiente:**

Nos preocupamos por su bienestar. Si consideramos que su representante personal no utilizará su información médica correctamente, no se la entregaremos.

La designación de un representante personal se mantendrá en vigor hasta que sea revocada por el miembro, una orden judicial o una ley vigente.

#### **Usted debe saber lo siguiente:**

Si usted autoriza a un representante personal, este documento tendrá vigencia hasta que sea cancelado. Usted puede cancelar esta autorización si lo desea. Tan solo tiene que pedirnoslo. Este documento también puede ser cancelado mediante una orden judicial u otras leyes.

A fin de asistir a PerformCare para que responda a esta solicitud, sírvase completar este formulario con letra de imprenta o a máquina en los espacios provistos. Agregue más hojas si fuera necesario para aclarar su solicitud. Adjunte una copia del documento que respalda la autoridad legal de su representante personal para actuar en su nombre.

#### **Usted debe saber lo siguiente:**

Este formulario deberá estar completado en su totalidad para ser procesado. Esto incluye adjuntar la documentación legal pertinente. Puede usar más hojas si necesita más espacio para escribir.

Envíe por correo postal el formulario completado y la documentación de respaldo a:

**PerformCare**  
Consent Processing Center  
P.O. Box 7092  
London, KY 40742-7092

¿Tiene preguntas? Llame a Servicios al Miembro al **1-877-652-7624**.

## La discriminación está en contra de la ley

PerformCare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. PerformCare no excluye a las personas ni las trata de modo diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

PerformCare reduce las barreras del idioma para acceder a los servicios a través del Sistema de Cuidado de Niños de New Jersey al:

- Proporcionar a las personas con discapacidades, para que puedan comunicarse con nosotros eficazmente, asistencia y servicios gratuitos, tales como:
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
  - Dispositivos de telecomunicaciones tales como Dispositivo para sordos (TDD) y Sistemas de teléfono de texto (TTY) para permitir a las personas sordas, con problemas de audición o impedimentos del habla a usar el teléfono para comunicarse.
- Proporcionar servicios de idioma sin cargo a personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:
  - Servicios de intérpretes calificados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita de estos servicios, póngase en contacto con PerformCare al **1-877-652-7624** o [TTY (para personas con impedimentos auditivos) al **1-866-896-6975**]. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si cree que PerformCare no ha provisto estos servicios o ha discriminado de otra manera en función de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja por correo postal o por teléfono, llamando al departamento de Calidad de PerformCare al **1-877-652-7624** o por escrito a:

PerformCare  
Attn: Quality Department  
300 Horizon Center Drive, Suite 306, Robbinsville, NJ 08691

Si necesita ayuda para presentar una queja, el departamento de Calidad de PerformCare está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja relativa a los derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., Oficina de Derechos Civiles, de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201

**1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)**

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Servicios de intérpretes multilingües

## Attention: If you do not speak English, language assistance services are available to you at no cost. Call 1-877-652-7624 (TTY: 1-866-896-6975).

**Spanish: Atención:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-652-7624 (TTY: 1-866-896-6975).

**Portuguese: Atenção:** Se fala português, encontra-se disponível serviço gratuito de intérprete pelo telefone 1-877-652-7624 (TTY: 1-866-896-6975).

**Arabic:** ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-877-652-7624 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-866-896-6975).

**Haitian Creole: Atansyon:** Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-652-7624 (TTY: 1-866-896-6975).

**Chinese Mandarin:** 注意: 如果您说中文普通话/国语, 我们可为您提供免费语言援助服务。请致电: 1-877-652-7624 (TTY: 1-866-896-6975)。

**Korean:** 주의: 한국어를 사용하지는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-652-7624 (TTY: 1-866-896-6975) 번으로 전화해 주십시오.

**Bengali:** লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১-৮৭৭-৬৫২-৭৬২৪ (TTY: 1-866-896-6975)।

**French: Attention :** si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-652-7624 (TTY: 1-866-896-6975).

**Vietnamese:** Chú ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-652-7624 (TTY: 1-866-896-6975).

**Hindi:** ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-877-652-7624 (TTY: 1-866-896-6975) पर कॉल करें।

**Chinese Cantonese:** 注意: 如果您使用粵語, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-652-7624 (TTY: 1-866-896-6975)。

**Polish:** Uwaga: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-877-652-7624 (TTY: 1-866-896-6975).

**Urdu:**

توجہ فرمائیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں۔ 1-877-652-7624 (TTY: 1-866-896-6975)۔

**Turkish: Dikkat:** Türkçe konuşuyorsanız dil yardımı hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanabilirsiniz. 1-877-652-7624 (TTY: 1-866-896-6975) numaralı telefonunu arayın.

**Russian: Внимание:** Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-652-7624 (TTY: 1-866-896-6975).