Unidad de Asesoramiento Financiero
Centro Médico Regional de Contra Costa (Contra Costa Regional Medical Center)
2500 Alhambra Avenue
Martinez, CA 94553

Unidad de Asesoramiento Financiero

Use este formulario para nombrar a una persona u organización como su representante autorizado en BHC u otros programas de Contra Costa Health. Su representante puede ayudarle con la inscripción y elegibilidad. Puede limitar sus funciones o cancelar el nombramiento en cualquier momento. Incluya este formulario con su solicitud de inscripción si corresponde.

Parte A – Háblenos de usted:

Nombre del solicitante:	Número de teléfono:	Correo electrónico:

Dirección postal (número, calle, estado y código postal):

Parte B – Cuéntenos sobre su Representante Autorizado:

Nombre del Representante Autorizado (Individuo u Organización):	Número de teléfono:

Dirección postal (número, calle, estado y código postal):

Correo electrónico:

Parte C – Ejemplos de Deberes de Representante Autorizado:

- Ayudar al solicitante a completar y firmar la solicitud.
- Firmar la solicitud en nombre del solicitante.
- Proporcionar información a CCHS cuando se le solicite para finalizar el proceso de solicitud.
- Reportar a CCHS los cambios en el estado del solicitante.
- Ayudar con el proceso de apelación en caso de que la solicitud sea denegada.

Unidad de Asesoramiento Financiero
Centro Médico Regional de Contra Costa (Contra Costa Regional Medical Center)
2500 Alhambra Avenue
Martinez, CA 94553

Utilice esta sección para describir cómo desea limitar las funciones de su representante autorizado:

Mi representante autorizado no puede realizar las siguientes funciones:

Parte D - Por favor, lea lo siguiente y firme:

I. **Solicitante**: Al firmar, nombro a la persona u organización de la Parte B como mi representante autorizado. Acepto que:
   a. Podrá actuar en mi nombre (ver Parte C).
   b. Esta autorización empieza al firmar.
   c. Mis derechos y responsabilidades no cambian.
   d. Debo responder a todas las solicitudes de información.
   e. El representante o yo podemos cancelar esta cita en cualquier momento escribiendo a CCHS– Unidad de Asesoramiento Financiero.

II. **Representante Autorizado**
   a. Puede ponerse en contacto con CCHS - Unidad de Asesoramiento Financiero por escrito para cancelar esta cita en cualquier momento.
   b. Usted se compromete a mantener la confidencialidad de cualquier información sobre el solicitante que reciba con el fin de inscribirse en el Programa BHC o en cualquier programa patrocinado por CCHS relacionado para el cual el solicitante pueda ser elegible.

Al firmar a continuación, acepto y comprendo mis derechos y responsabilidades como se indica anteriormente:

Firma del solicitante:	Fecha:

Firma del Representante Autorizado designado:	Fecha:

Las solicitudes y los documentos de respaldo para BHC se pueden enviar por fax al 925-655-2450 o por correo electrónico a BHCApplication@cchealth.org