

# Designación temporal de representante autorizado (ARD) para asesores certificados para tramitar solicitudes



Utilice este formulario si desea autorizar temporalmente a un Asesor Certificado para Tramitar Solicitudes (CAC) para que firme su solicitud de MassHealth o su formulario de renovación mientras le ayuda a completar el formulario por teléfono.

Este formulario no autoriza al CAC a actuar en ninguna otra capacidad en nombre del afiliado, ni a recibir copias de los avisos ni a hablar con MassHealth sobre sus beneficios. Se necesita un formulario distinto si usted desea designar a un CAC para que reciba información sobre su cobertura o que actúe en su nombre. Para este propósito, por favor complete el *Formulario de autorización para divulgar información (PSI)* o el *Formulario de designación del representante autorizado (ARD)*.

## PARTE A: Designación

### SOLICITANTE O AFILIADO:

Nombre	Inicial del 2.º nombre	Apellido
Fecha de nacimiento:	Número de ID de MassHealth (si corresponde):	
Correo electrónico (si usted ya solicitó en línea, por teléfono o en persona y dio un correo electrónico):		

### ASESOR CERTIFICADO PARA TRAMITAR SOLICITUDES (CAC):

Nombre del CAC:			
Número de certificado del CAC:		Número de teléfono del CAC:	
Dirección de correo electrónico del CAC:		Núm. de ID de organización del CAC:	
Nombre de la organización del CAC:			
Dirección del CAC:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

## PARTE B: Aceptación (Debe completarlo el Asesor Certificado para Tramitar Solicitudes; por favor, escriba en letra de imprenta excepto la firma)

Al firmar a continuación, certifico bajo pena de perjurio que:

- he asistido al solicitante o al afiliado a completar su formulario de renovación;
- he recibido autorización por teléfono para firmar este formulario de renovación en nombre del afiliado;
- he copiado fielmente la información provista por el solicitante o el afiliado nombrado anteriormente en el trámite de renovación; y
- he cumplido con todas las responsabilidades comprendidas en mi autorización.

Yo no presentaré ninguna solicitud, formulario ni pruebas de información en nombre del solicitante o del afiliado, ni notificaré ningún cambio de circunstancias del solicitante ni del afiliado, a menos que reciba una autorización para hacerlo de parte de dicho solicitante o afiliado conforme a un formulario de autorización aparte.

Yo entiendo que mis deberes y responsabilidades como el asesor certificado para tramitar solicitudes de esta persona, incluyen entre otros, divulgar cualquier conflicto de interés, actuar en beneficio del solicitante o afiliado, y mantener la confidencialidad de la información que reciba sobre dicho solicitante o afiliado (según se explica al principio de este formulario).

Nombre del Asesor Certificado para Tramitar Solicitudes (CAC):	Firma del Asesor Certificado para Tramitar Solicitudes (CAC):
--	---

La presente designación de ARD temporal finalizará el 30 de junio de 2025, a menos que usted escriba una fecha anterior.

Fecha (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Envíe este formulario completado y firmado a:

**Health Insurance Processing Center**  
**PO Box 4405**  
**Taunton, MA 02780**

O por fax al: (857) 323-8300