

Prueba de Representación

El Beneficiario firmante informa a los Centros de Medicare & Medicaid ("CMS" por sus siglas en inglés) de que autoriza al representante identificado a representarlos y actuar en su nombre con respecto a cualquier reclamación de seguro de responsabilidad civil, seguro sin culpa, o seguro por accidentes laborales, incluyendo la divulgación de información médica identificable o la resolución de cualquier posible reclamación de recuperación que Medicare pueda tener si se produce un acuerdo, sentencia, adjudicación u otro pago. El representante acuerda representar al Beneficiario que suscribe y ha sido contratado por el Administrador del Fondo de Compensación Hadden.

<p><u>Tipo de Representante:</u></p> <p><input checked="" type="radio"/> Persona Distinta del Abogado</p> <p><input type="radio"/> Abogado</p> <p><input type="radio"/> Guardian*</p> <p><input type="radio"/> Conservador Legal*</p> <p><input type="radio"/> Apoderado*</p>	<p>JND Legal Administration Nombre del Representante/Compañía</p> <hr/> <p>PO Box 91351 Dirección</p> <hr/> <p>Seattle, WA 98111 Ciudad, Estado, Código Postal</p> <hr/> <p>206-709-6440 Número de Teléfono</p>
--	---

Información del Solicitante:

Nombre del Solicitante (Necesario): _____

Número de Medicare del Solicitante, si está disponible, o Número de Seguro Social (Necesario): _____

Fecha de Enfermedad/Lesión (Necesario): _____

Firma del Solicitante* (Necesario): _____ **Fecha de la Firma (Necesario):** _____

*Si está incapacitado o ha fallecido, un representante legal debe firmar y presentar la documentación.

Firma del Representante: Shandarese Garr 2.29.2024 En representación de JND

Consentimiento y Autorización para el Uso y Divulgación de Información

Autorizo a mi proveedor de seguro (Medicaid, TRICARE, o Asuntos de los Veteranos) a divulgar mi información médica personal a JND Legal Administration. Entiendo que esta declaración es voluntaria, se realiza para confirmar mis instrucciones y no tiene ningún efecto sobre los beneficios a los que pueda tener derecho.

Nombre (Necesario) _____

Fecha de Nacimiento (Necesario) _____ Fecha de Lesión/Enfermedad (Necesario) _____

Número de Reclamación del Seguro Médico o Número de Seguro Social (Necesario) _____

Información Médica Personal a ser Divulgada

Este consentimiento autoriza la divulgación y el uso de información relacionada con reclamaciones de salud y otra información relacionada con mi lesión y/o enfermedad y la atención médica realizada o pagada por el titular del gravamen, incluyendo, pero no limitado a: historial médico (incluyendo electrónico), diagnóstico y otros códigos de procedimientos, estatus de registración, y pagos realizados. Esto también se aplica al acceso a páginas web en línea que contengan dicha información. Esto puede incluir datos sobre determinadas condiciones como el VIH/SIDA, la Salud Mental y el Abuso de Alcohol y Sustancias.

Entidad Autorizada a Recibir y Utilizar

Autorizo la divulgación y el uso de información médica personal no pública descrita anteriormente a **JND Legal Administration**, sus empleados, agentes, afiliadas, o representantes.

JND Legal Administration
PO Box 91351
Seattle, WA 98111

La entidad mencionada anteriormente está autorizada a recibir, negociar y resolver cualquier información relacionada con la reclamación descrita anteriormente de cualquier titular del gravamen médico, representante del contrato y/o administrador del plan privado. Entiendo que esta información puede ser divulgada nuevamente por ellos y puede que ya no esté protegida por la ley federal o estatal.

Derecho de Revocación

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento. Entiendo que una revocación no es efectiva en la medida en que cualquier persona o entidad ya haya actuado basándose en la autorización. Entiendo que mi tratamiento, pago, registro o elegibilidad para beneficios pueden no estar condicionados a mi firma.

Período de Efectividad

Si no ha sido revocado previamente, este consentimiento/autorización expirará dos (2) años después de que se hayan resuelto todas las reclamaciones, si hay algunas, al menos que se indique lo contrario a continuación.

Consiento y autorizo específicamente las divulgaciones descritas anteriormente.

Firma del Solicitante o Representante Legal (Necesario)

Fecha (Necesario)

Nombre en letra de molde y relación del representante legal (si usted es un representante, por favor adjunte una copia del documento legal que compruebe que usted es un representante)

Política de Privacidad

La información que se recopile en relación con este consentimiento se utilizará para promover y cumplir la Sección 1862(b) de la Ley del Seguro Social (42 U.S.C. 1395y). Esta información se utilizará para determinar si los servicios recibidos están cubiertos por Medicare o Medicaid, o si una aseguradora de un seguro sin culpa, de automóviles, de responsabilidad civil, o cualquier otra(s) persona(s) puede(n) ser responsable(s) de dicho pago.

Una fotocopia o facsímil de este formulario será válido y tendrá la misma vigencia y efecto que el original.