

**NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE AUTORIZADO DE IHSS****SECCIÓN I. COMPLETARSE POR EL SOLICITANTE /BENEFICIARIO**

Nombre	Número de Caso	Fecha
--------	----------------	-------

Yo designo a \_\_\_\_\_ como mi representante autorizado para acompañarme, ayudarme, y representarme en mi solicitud o mi revisión anual del Programa de Apoyo en el Hogar.

Dirección del Representante	Número de Teléfono del Representante
-----------------------------	--------------------------------------

**ESTA AUTORIZACIÓN PERMITE A LA PERSONA MENCIONADA ARRIBA A:** (iniciales en cada línea que usted autoriza)

\_\_\_\_\_ comunicarse con la agencia y obtener información sobre mi caso;

\_\_\_\_\_ estar presente y participar en las visitas al hogar;

\_\_\_\_\_ completar formularios necesarios;

\_\_\_\_\_ firmar formularios en mi nombre;

\_\_\_\_\_ enviar documentos;

\_\_\_\_\_ recibir formularios y avisos;

\_\_\_\_\_ asistir con el proceso de apelación;

\_\_\_\_\_ otro: \_\_\_\_\_

**YO ENTIENDO MI DERECHO A:**

- Escoger a cualquier persona que yo desee para que sea mi representante autorizado;
- Revocar este nombramiento en cualquier momento, notificándoselo a mi Trabajador(a) Social; y
- Solicitar una audiencia estatal si no estoy satisfecho (a) con alguna acción que tomó el departamento de asistencia pública del condado.

Firma del Solicitante/Beneficiario	Fecha
Dirección	

**SECCIÓN II. PARA COMPLETARSE POR EL REPRESENTANTE AUTORIZADO DESIGNADO MENCIONADO ARRIBA**

*Por este medio acepto el nombramiento mencionado arriba y entiendo que no tengo ningún otro poder para actuar en nombre del solicitante/beneficiario, excepto como se indica arriba.*

**DECLARO QUE:**

- Soy mayor de 18 años de edad;
- Soy conocido como persona de buen carácter.

Esta autorización se reconoce como tal por un año a partir de la fecha firmada por el solicitante a menos que sea revocado antes.

Firma de Representante Autorizado	Fecha
-----------------------------------	-------

Request to revoke AR received: <input type="checkbox"/> Written <input type="checkbox"/> Verbal	Date: _____
SW Name: _____	Telephone Number: _____