



PacificSource Community Solutions  
 PO Box 5729, Bend, OR 97708-5729  
 800-431-4135, TTY: 711. We accept all relay calls.  
 PacificSource.com/Medicaid

### Declaración de designación de representante

<b>Nombre del miembro:</b>	
<b>PacificSource Community Solutions Número de ID del miembro:</b>	
<b>Proveedor:</b>	
<b>Fecha del servicio:</b>	
<b>Plan de salud:</b>	<i>PacificSource Community Solutions</i>

Otorgo a \_\_\_\_\_ mi consentimiento para actuar en mi nombre en la apelación o queja presentada ante PacificSource Community Solutions. Sé que los registros médicos utilizados para mi apelación o queja se pueden compartir con esta persona.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

#### ***La persona designada debe completar esta sección***

Yo, \_\_\_\_\_ acepto el deber  
 (Persona designada)

antes mencionado.

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

*Usted puede recibir este documento en otro idioma, impreso en una letra más grande o de otra manera que sea mejor para usted. También puede solicitar un intérprete. Esta ayuda es sin costo. Llame al 800-431-4135 o por TTY al 711. Aceptamos llamadas del servicio de retransmisión.*

*You can get this document in another language, large print, or another way that's best for you. You can also request an interpreter. This help is free. Call 800-431-4135 or TTY: 711. We accept all relay calls.*