

NOMBRAR, CAMBIAR O QUITAR A UN REPRESENTANTE AUTORIZADO: ORGANIZACIÓN (APPOINT, CHANGE, OR REMOVE AN AUTHORIZED REPRESENTATIVE: ORGANIZATION)

Complete y envíe el formulario F-10126B, Nombrar, cambiar o quitar a un representante autorizado: organización, para nombrar, cambiar o quitar a una organización del rol de representante autorizado. Para modificar la persona de contacto de la organización, usted o la organización deben comunicarse con su agencia. Puede encontrar la información de contacto de su agencia local en el sitio web del Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud, DHS) de Wisconsin: dhs.wi.gov/im-agency.

En cambio, para nombrar a una **persona** como su representante autorizado, complete y envíe el formulario [F-10126A, Nombrar, cambiar o quitar a un representante autorizado: persona](#).

Si tiene un tutor legal de bienes, un tutor legal de la persona y de los bienes o un cuidador, esa persona debe nombrar a un representante autorizado por usted en caso de que desee que otra persona además de su tutor o cuidador sea su representante autorizado. Si tiene poder notarial durable vigente para la administración de finanzas, usted o la persona con poder notarial puede nombrar a un representante autorizado.

Un tutor legal de la persona puede designar a un representante autorizado para usted solo si los documentos judiciales que designan al tutor legal de la persona le otorgan al tutor la autoridad para actuar en su nombre con su elegibilidad y beneficios en programas de asistencia pública.

Un poder notarial para atención médica no tiene la capacidad de actuar en su nombre para designar a un representante autorizado.

La información personal identificable proporcionada en este formulario solo se utilizará para la administración directa de Medicaid de Wisconsin, BadgerCare Plus, FoodShare, Family Planning Only Services y Caretaker Supplement.

Información del representante autorizado

Un representante autorizado es una organización que está familiarizada con las circunstancias de su hogar y en quien confía para que actúe en su nombre. Cualquier persona puede desempeñarse como su representante autorizado, **excepto** las que se mencionan a continuación:

- Las personas que están descalificadas del programa FoodShare debido a una violación intencional no podrán desempeñarse como representantes autorizados durante el período de descalificación, a menos que no se cuente con ninguna otra persona para desempeñarse como representante autorizado.
- Los proveedores de comida para las personas sin hogar no pueden desempeñarse como representantes autorizados para una unidad de alimentación de personas sin hogar. (Una unidad de alimentación está compuesta por una o más personas que viven juntas, y compran y preparan sus comidas juntas).
- Los empleados de la agencia que ayuden a determinar la elegibilidad o los beneficios no pueden desempeñarse como representantes autorizados. Es posible otorgarles una aprobación especial por escrito para que puedan desempeñarse como representantes autorizados en determinadas situaciones.
- Los vendedores minoristas autorizados para aceptar beneficios de FoodShare no pueden desempeñarse como representantes autorizados, a excepción de los centros de tratamiento de Drogas y Alcohol que son vendedores minoristas autorizados.

Una vez que su representante autorizado haya sido nombrado, podrá llevar a cabo en su nombre todas las siguientes acciones:

- Solicitar beneficios o su renovación.
- Reportar cambios en su información.
- Trabajar junto a su agencia sobre cualquier asunto relacionado con sus beneficios.
- Presentar quejas y apelaciones sobre su elegibilidad para los programas donde está inscrito o donde se postula.

También puede decidir que su representante autorizado reciba copias de las cartas sobre su elegibilidad y sus beneficios.

No necesita tener un representante autorizado para solicitar u obtener beneficios. Para solicitar FoodShare mientras se encuentra en un centro de tratamiento de drogas y alcohol, un representante autorizado de la organización debe presentar la solicitud en su nombre.

El representante autorizado que nombre en este formulario puede actuar en su nombre en **cualquiera** de los siguientes programas: Medicaid de Wisconsin, BadgerCare Plus, FoodShare, Family Planning Only Services y/o Caretaker Supplement. Si está inscrito en alguno de estos programas **y** en Wisconsin Works (W-2), su representante autorizado también puede actuar en su nombre para W-2.

El representante autorizado que nombre en este formulario **no puede** actuar en su nombre para el Programa Wisconsin Shares Child Care Subsidy (Subsidio de cuidado infantil Wisconsin Shares). Si presenta una solicitud para Wisconsin Shares, debe hacerlo por su cuenta.

Instrucciones del formulario

Si este formulario no cuenta con toda la información requerida, incluidas cualquiera de las firmas, se considerará incompleto y su representante autorizado **no podrá** actuar en su nombre.

Sección 1: Debe completar la Sección 1. Tendrá que escoger si nombrará, cambiará o quitará a un representante autorizado. También tendrá que proporcionar su nombre y su fecha de nacimiento para que podamos identificarlo. Si nombrará o cambiará a un representante autorizado, decida si quiere que el representante obtenga copias de sus cartas. Luego, lea las declaraciones de entendimiento. Si está de acuerdo, firme y feche el formulario.

Sección 2: Una persona que pueda actuar en nombre de la organización debe completar la Sección 2. La persona tendrá que proporcionar el nombre y la información de contacto de la organización y también la propia. La persona también tendrá que leer las declaraciones de entendimiento, y firmar y fechar el formulario si la organización y la persona de contacto están de acuerdo con estas declaraciones.

Sección 3: Si nombrará o cambiará a un representante autorizado, tendrá que contar con otra persona, además de su representante autorizado, para que esté presente cuando firme este formulario. Esta persona se denomina testigo. Si firma este formulario con una "X", tendrá que contar con dos testigos presentes cuando firme el formulario. El testigo o los testigos tendrán que proporcionar su nombre, su firma y la fecha en la que firmaron el formulario.

Presentación del formulario

Puede presentar su formulario completo de una de las siguientes maneras:

En línea

Escanee todas las páginas del formulario para ACCESS. Puede hacerlo a través de su cuenta ACCESS, en la que puede iniciar sesión en access.wi.gov. (**Nota:** Si no tiene una cuenta ACCESS, puede dirigirse a access.wi.gov y crear una).

Nota: Solo pueden escanear formularios para ACCESS en horarios específicos. Si no puede escanear los formularios para ACCESS, presente el formulario mediante otro medio.

Fax

- Si vive en el **condado de Milwaukee**, envíe el formulario por fax al 888-409-1979.
- Si **no** vive en el condado de Milwaukee, envíe el formulario por fax al 855-293-1822.

Por correo

- Si vive en el **condado de Milwaukee**, envíe el formulario por correo a la siguiente dirección:
MDPU
6055 N. 64th St.
Milwaukee, WI 53218
- Si **no** vive en el condado de Milwaukee, envíe el formulario por correo a la siguiente dirección:
CDPU
P.O. Box 5234
Janesville, WI 53547

En persona

Lleve el formulario a su agencia. Puede encontrar la información de contacto de su agencia local en el sitio web del DHS: dhs.wi.gov/im-agency.

Para obtener más información sobre los representantes autorizados, diríjase al sitio web del DHS:
www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm.

SECCIÓN 1 Para que la complete el solicitante/miembro



Haré lo siguiente:

- Nombrar a un representante autorizado. Debe completar **la totalidad** de la Sección 1.
- Cambiar a mi representante autorizado. Debe completar **la totalidad** de la Sección 1. Asegúrese de escribir el nombre del nuevo representante autorizado en la Parte B.
- Quitar a mi representante autorizado. Debe completar la **Parte A y la Parte D** de la Sección 1. Deje sin completar la Parte B.

Parte A: Información personal

Nombre – Solicitante/Miembro (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)

Fecha de nacimiento

Número de caso (si corresponde)

Parte B: Información sobre la autorización

Nombro a la siguiente organización para que sea mi representante autorizado:

Deseo que mi representante autorizado reciba copias de las cartas sobre mi elegibilidad y mis beneficios. Tenga en cuenta que las cartas se enviarán a la persona de contacto de la organización.

- Sí No

Parte C: Declaraciones de entendimiento

Entiendo y estoy de acuerdo con las siguientes declaraciones:

- Tengo el derecho de escoger cualquier organización que desee para que sea mi representante autorizado.
- Puedo cambiar o quitar a mi representante autorizado en cualquier momento. Debo informarle a mi agencia por escrito que desee cambiar o quitar a mi representante autorizado.
- No tengo que comunicarle a la organización que dejará de ser mi representante autorizado.
- El representante autorizado que aparezca en este formulario será mi representante autorizado hasta que lo cambie o lo quite.
- Los representantes autorizados del Centro de tratamiento de drogas y alcohol serán eximidos de su función como representantes una vez que el cliente sea dado de alta. Presentar este documento para dar término a la autorización del representante autorizado es opcional.
- Mi representante autorizado tendrá acceso a mi información personal, como mi número del Seguro Social, estados financieros e información médica, para poder ayudarme a administrar mi elegibilidad.
- Debo proporcionarle información verdadera y precisa a mi representante autorizado.
- Soy responsable de cualquier error o información incorrecta que informe mi representante autorizado. Comprendo que, en caso de que yo o mi representante autorizado presentemos información falsa u ocultemos información, puede suceder lo siguiente:
 - Que deba reembolsar los beneficios que no me correspondían.
 - Que deba pagar una multa.

- Que sea expulsado del programa.
- Que sea acusado de fraude.

- Al firmar este formulario, afirmo que comprendo y estoy de acuerdo con las declaraciones anteriores.

Parte D: Firma y fecha



FIRMA — Solicitante/Miembro

Fecha de la firma

SECCIÓN 2 Para que la complete el representante autorizado



Parte A: Información de contacto

Nombre — Organización

Dirección

Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono (incluya el código de área)
--------	--------	---------------	------------------------------------------------

Nombre — Contacto de la organización (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Puesto de trabajo — Contacto de la organización	Dirección de correo electrónico — Contacto de la organización (opcional)
-------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------

Parte B: Declaraciones de entendimiento

Entiendo y estoy de acuerdo con las siguientes declaraciones:

- Estoy autorizado a actuar en nombre de la organización que se menciona en la Parte A de la Sección 2.
- Como representante autorizado, la organización está limitada a llevar a cabo cualquiera de las siguientes acciones en nombre del solicitante o miembro:
 - Solicitar beneficios o su renovación.
 - Informar cambios.
 - Trabajar con la agencia del solicitante o miembro sobre cualquier asunto relacionado con los beneficios.
 - Presentar quejas y apelaciones en relación con la elegibilidad.
- Se espera que la organización esté familiarizada con las circunstancias del solicitante o miembro.
- La organización debe informarle a la agencia del solicitante o miembro acerca de cualquier cambio con respecto al contacto que se menciona en la Parte A de la Sección 2.
- El solicitante o miembro puede hacer que la organización deje de ser su representante autorizado en cualquier momento.
- No es necesario que el solicitante o miembro notifique a la organización cuando la quite y deje de desempeñarse como su representante autorizado.
- La organización será el representante autorizado del solicitante o miembro hasta que soliciten un nuevo representante autorizado o escojan ya no contar con uno.
- La organización y cualquier persona que actúe en su nombre deben proporcionar información verdadera y precisa.
- Si la organización proporciona información imprecisa o falsa, es posible que el solicitante o miembro tenga que reembolsar cualquier beneficio de cuidado de la salud que haya recibido por error.
- Si la organización viola las normas del programa de forma intencional, deberá reembolsar cualquier beneficio de FoodShare que se haya usado de manera incorrecta o recibido por error.

- La organización y cualquier persona que actúe en su nombre deben acatar las leyes y las regulaciones estatales y federales correspondientes, incluidos el Título 42 del C.F.R., Parte 431, Subparte F; el Título 42 del C.F.R., Sección 447.10; el Título 45 del CFR, Sección 155.260(f) y el Título 7 del C.F.R. Parte 273.2(n)(4), con respecto a los conflictos de intereses y la confidencialidad de la información.
- Al firmar este formulario, afirmo que comprendo y estoy de acuerdo con las declaraciones anteriores en nombre de la organización mencionada en la Parte A de la Sección 2.
- Al firmar este formulario, afirmo que la organización mencionada en la Parte A de la Sección 2 se desempeñará como representante autorizado del solicitante o miembro mencionado en la Sección 1.

Parte C: Firma y fecha

	FIRMA — Contacto de la organización	Fecha de la firma
--	--------------------------------------------	-------------------

SECCIÓN 3 Para que la complete(n) el/los testigo(s)



Nombre – Testigo (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

	FIRMA — Testigo	Fecha de la firma
--	------------------------	-------------------

Nombre – Testigo (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre) (si el solicitante/miembro firmó con una X)

	FIRMA — Testigo	Fecha de la firma
--	------------------------	-------------------

NO ENVÍE SOLICITUDES POR ESTE MEDIO

Las agencias estatales o locales del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) y del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR), y sus subreceptores deben publicar la siguiente Declaración de No Discriminación:

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Personas con discapacidad que requieran medios alternos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), debe ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA que puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDAProgramComplaintForm-Spanish-Section508Compliant.pdf> en cualquier oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse por:

- (1) **correo:**
Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; o
- (2) **fax:**
(833)-256-1665 , o (202)-690-7442; o
- (3) **correo electrónico:**
FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

NO ENVÍE SOLICITUDES POR ESTE MEDIO

Nondiscrimination Notice: Discrimination is Against the Law – Health Care-Related Programs

Wisconsin Department of Health Services cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Department of Health Services no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Department of Health Services:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Department of Health Services civil rights coordinator (844-201-6870).

Si considera que Department of Health Services no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: Department of Health Services, Attn: Civil Rights Coordinator, 1 West Wilson Street, Room 651, PO Box 7850, Madison, WI 53707-7850, 608-267-4955, TTY: 711, Fax: 608-267-1434, dhscrc@dhs.wisconsin.gov. Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Department of Health Services civil rights coordinator está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE.UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-201-6870 (TTY: 711).	Deutsch (Pennsylvania Dutch) Wann du Deutsch (Pennsylvania Dutch) schwetzsch, kantscht du ebber griege as dich helfe kann mit Englisch, unni as es dich ennich eppes koschte zellt. Ruf 844-201-6870 uff (TTY: 711).
Hmoob (Hmong) LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 844-201-6870 (TTY: 711).	ພາສາລາວ (Laotian) ເຊິນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ ແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໃຫ້ໂທຫາເບີ 844-201-6870 (TTY: 711).
繁體中文 (Traditional Chinese) 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 844-201-6870 (TTY: 711)。	Français (French) ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 844-201-6870 (ATS : 711).
Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 844-201-6870 (TTY: 711).	Polski (Polish) UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 844-201-6870 (TTY: 711).
العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 844-201-6870 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).	हिंदी (Hindi) ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 844-201-6870 (TTY: 711) पर कॉल करें।
Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 844-201-6870 (телетайп: 711).	Shqip (Albanian) KUJDES: Nëse flisni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 844-201-6870 (TTY: 711).
한국어 (Korean) 알림: 한국어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-201-6870 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.	Tagalog (Tagalog – Filipino) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 844-201-6870 (TTY: 711).
Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 844-201-6870 (TTY: 711).	Soomaali (Somali) FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadashid af Soomaali, adeegyada caawinta luuqada, oo bilaash ah, ayaa lagu heli karaa. Soo wac 844-201-6870 (TTY: 711).