



1145 Broadway, Suite 300
Tacoma, WA 98402

Fecha:

Usted puede solicitar que alguien lo represente en una apelación. La persona que indique a continuación se aceptará como su representante. No podemos hablar con nadie en su nombre hasta que recibamos este formulario. Si necesita de nuestra ayuda, llámenos al: Teléfono 1-877-644-4613; TDD/TTY 1-866-862-9380. Complete y envíe por correo o por fax a:

Coordinated Care
Attn: Appeals Department
1145 Broadway, Suite 300
Tacoma, WA 98402

Fax 1-866-270-4489

Nombre del miembro: _____ Fecha: _____

Número de miembro de Medicaid: _____

Quiero que la siguiente persona me represente en mi apelación. Entiendo que a mi representante se le podrá revelar información médica personal relacionada con mi apelación.

1. Nombre del representante, dirección, teléfono (escriba en letra de imprenta):

2. Breve descripción de la apelación en la cual el representante actuará en mi nombre:

Firma del miembro: _____ Fecha: _____