



**NEIGHBORHOOD HEALTH PARTNERSHIP
DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE**

NOMBRE DEL MIEMBRO (en letra de imprenta o tipear) **NÚMERO DE SEGURO SOCIAL**

ASALARIADO **NÚMERO DE SEGURO SOCIAL**

Designo a la siguiente persona, _____(Nombre y Dirección)
para actuar como mi representante en relación con mi reclamo en conformidad con el Título XVIII.

Autorizo a esta persona a realizar o entregar cualquier solicitud o notificación, presentar u obtener evidencias, obtener información, y recibir cualquier notificación relacionada con mi reclamo en trámite o hacer valer mis derechos en mi lugar.

FIRMA DEL MIEMBRO

DIRECCIÓN

TELÉFONO

FECHA

ACEPTACIÓN DE DESIGNACIÓN

Yo, _____, por la presente acepto la designación descrita anteriormente. Certifico que no he sufrido sospechas o inhabilitaciones en lo que respecta al ejercicio de mi profesión por parte de la Administración del Seguro Social; que no tengo, como funcionario o empleado actual o anterior de los Estados Unidos, impedimentos para actuar como representante del solicitante, y que no recibiré o cobraré honorario alguno excepto que así se autorice de acuerdo con las leyes y regulaciones.

Soy un/a _____.(Abogado, representante sindical, pariente, estudiante de derecho, etc.)

FIRMA DEL REPRESENTANTE

DIRECCIÓN

TELÉFONO

FECHA