

Permiso para comunicarse con otra persona en mi nombre

Office use	_____	Date Stamp code
-------------------	-------	----------------------------

FAX request to: 503-373-7866 or 503-378-4139

Si usted cree que no lograremos comunicarnos con usted cuando su nombre salga sorteado, o si desea que otra persona sea informada de su situación en el sorteo para personas adultas para el Plan de Salud de Oregon, puede elegir a una persona como contacto suplente. Cuando salga sorteado su nombre, le enviaremos una carta a usted y una carta a la persona contacto suplente que usted haya indicado.

1. Mi información

Nombre completo (letra imprenta): _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

2. Información de la persona contacto suplente

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Entiendo que la persona que he elegido quizá no acepte ser mi contacto suplente.

Mediante mi firma a continuación, autorizo al Departamento de Servicios Humanos de la Autoridad de Salud de Oregon para que dé a conocer a la persona contacto suplente lo siguiente: (1) mi nombre (2) mi situación en el sorteo para personas adultas para el Plan de Salud de Oregon. Se proporciona dicha información a la persona contacto suplente que he elegido para que la misma esté al tanto de mi situación en el sorteo para personas adultas para el Plan de Salud de Oregon. El Departamento de Servicios Humanos de la Autoridad de Salud de Oregon no puede divulgar ni utilizar tal información para ningún otro fin.

3. Su firma es obligatoria

Firma: _____ Fecha: _____