

Reconocimiento de consentimiento verbal recibido MCCP

Esta forma se utiliza para documentar la asignación de consentimiento verbal del solicitante a un individuo/entidad. Este consentimiento verbal se limita a completar y presentar una solicitud de asistencia con el programa de Cuidado Médico para Niños (MCCP, por sus siglas en inglés) y autoriza la divulgación de información. Esta forma debe ser utilizada por individuos y entidades como asistentes de solicitudes, navegadores, y asesores de solicitudes certificados (CACs, por sus siglas en inglés).

Nombre del niño o niña que solicita el programa: _____

Dirección: _____

Número de apartamento: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Número de teléfono: _____ **Fecha de autorización verbal:** _____

Esta forma debe ser sometida junto con la solicitud de asistencia médica MCCP. **Esta forma es obligatoria para completar el proceso de solicitud.**

Su firma en esta forma certifica que:

- El padre/madre/ representante legal del niño/a que solicita el programa ha sido informado y entiende sus funciones y responsabilidades como asistente de solicitudes.
- El padre/madre/ representante legal le ha concedido permiso para crear, recopilar, divulgar, acceder, mantener, almacenar, y/o usar información personal para llevar a cabo las funciones y responsabilidades de un asistente de solicitudes como es autorizado por los estatutos y regulaciones federales y estatales.
- El solicitante entiende que esto le otorga la autoridad limitada para completar, firmar, y actuar en la solicitud de asistencia médica. Una autorización y consentimiento escrito adicional es requerido para el nombramiento como representante autorizado de un solicitante.
- El padre/madre/ representante legal entiende que este consentimiento verbal autoriza al Departamento de Servicios Familiares a divulgar información a usted y su organización.
- El padre/madre/ representante legal entiende que esta autorización puede ser revocada en cualquier momento.
- El padre/madre/ representante legal ha recibido una copia de este formulario de consentimiento.

Su firma certifica, bajo pena de perjurio, que la información dada en esta forma y en la solicitud asociada es verdadera y precisa a su leal saber y entender. Usted podría estar sujeto a sanciones bajo la ley federal si usted proporciona información falsa.

Su nombre: _____

Nombre de la organización: _____

Dirección de la organización: _____

Número de Suite: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Número de teléfono: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____