

**Humana**  
**Oficina de quejas formales y apelaciones**  
**FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE**

<Member's Name>

Nombre de afiliado/a

Número de identificación de afiliado/a

<Reference Number>

Número de referencia

**La persona afiliada completará esta sección.**

Yo elijo a \_\_\_\_\_ para que me represente.

(Coloque aquí el nombre del custodio legal o representante).

- ✓ Mi custodio legal o representante puede conversar sobre todo lo relacionado con mis servicios médicos.
- ✓ Mi custodio legal o representante puede tener todos los documentos relacionados directamente a mi caso.

\_\_\_\_\_  
**La persona afiliada firma aquí.**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**El custodio legal o representante completará esta sección.**

Soy \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

(cónyuge, hijo/a, amistad, abogado u otro) (coloque el nombre del afiliado/a aquí).

Estoy de acuerdo en representar a \_\_\_\_\_.

(coloque el nombre del afiliado/a aquí).

\_\_\_\_\_  
**El custodio legal o representante debe firmar aquí.**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Sección para notario – Un notario debe completar esta sección

Estado de \_\_\_\_\_

Condado de \_\_\_\_\_

Firmado y jurado en mi presencia el \_\_\_\_\_, 2 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, Notario. Mi comisión vence el: \_\_\_\_\_

### La discriminación es contra la ley

Humana Inc. y sus subsidiarias cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Humana Inc. and its subsidiaries no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Humana Inc. y sus subsidiarias:

- 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 Servicio al Cliente al 1- 800-444-9137 (TTY: 711).

Si considera que Humana Inc. o sus subsidiarias 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:

### Discrimination Grievances

P.O. Box 14618

Lexington, KY 40512 – 4618

1- 877-233-4816 o si usa un TTY, llame al 711.

Puede presentar el reclamo por correo o por teléfono. Si necesita ayuda para hacerlo, Servicio al Cliente 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 1-800-368-

1019, 800-537-7697 (TDD)

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

**Multi-Language Interpreter Services**

**ATTENTION:** If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-444-9137** (TTY: 711).

**Español (Spanish)** **ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-444-9137** (TTY: 711).

**繁體中文 (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 1-800-444-9137 (TTY : 711) 。

**Deutsch (German)** **ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-800-444-9137** (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 **1-800-444-9137** (TTY: 711).

**العربية (Arabic)**

لك تتوافر اللغوية المساعدة خدمات فإن ،اللغة اذكر تتحدث كنت إذا :ملحوظة -**1-800-444-9137** برقم اتصل .بالمجان والبكم الصم هاتف -(711).

**Srpsko-hrvatski (Serbo-Croatian)** **OBAVJEŠTENJE:** Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite **1-800-444-9137** (TTY-Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711).

**日本語 (Japanese)** **注意事項：**日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-444-9137 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

**Français (French)** **ATTENTION :** Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-444-9137** (ATS : 711).

**한국어 (Korean)** **주의:** 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로

이용하실 수 있습니다. 1-800-444-9137 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

**Deitsch (Pennsylvania Dutch)** Wann du [Deitsch (Pennsylvania German / Dutch)] schwetzscht, kannscht du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch. Ruf selli Nummer uff: Call 1-800-444-9137 (TTY: 711).

**ध्यान दिनुहोस्(Nepali):** तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-800-444-9137. (टिटिवाइ: 711) ।

**Oroomiffa (Oromo)** XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-800-444-9137 (TTY: 711).

**Русский (Russian)** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-444-9137 (телетайп: 711).

**Tagalog (Tagalog – Filipino)** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-444-9137 (TTY: 711).

**ICITONDERWA (Bantu):** Nimba uvuga Ikirundi, uzohabwa serivisi zo gufasha mu ndimi, ku buntu. Woterefona 1-800-444-9137 (TTY: 711).