

Humana
Grievance and Appeal Office
APPOINTMENT OF REPRESENTATIVE FORM

Member Name

Member ID Number

Reference Number

The member will complete this section.

I choose _____ to advocate for me.
(The legal guardian or representative name goes here.)

- ✓ My legal guardian or representative can discuss everything about my medical services.
- ✓ My legal guardian or representative can have all the documents directly related to my case.

The member signs here.

Date

Address _____

Phone Number _____

The legal guardian or representative will complete this section.

I am the _____ of _____.
(spouse, child, friend, lawyer, or other) (The member's name goes here.)

I agree to advocate or represent for _____.
(The member's name goes here.)

The legal guardian or representative needs to sign here.

Date

Address _____

Phone Number _____

Humana
Oficina de Quejas y Apelaciones
FORMULARIO PARA NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE

Nombre del afiliado

Número de identificación del afiliado

Número de referencia

El afiliado completará esta sección.

Elijo a _____ para que abogue por mí y mis derechos.
(Escriba aquí el nombre del representante o tutor legal).

- ✓ Mi representante o tutor legal puede analizar todas las opciones sobre mis servicios médicos.
- ✓ Mi representante o tutor legal puede obtener todos los documentos directamente relacionados con mi caso.

El afiliado firma aquí.

Fecha

Dirección _____

Número de teléfono _____

El representante o tutor legal completará esta sección.

Yo soy el _____ de _____.
(cónyuge, hijo, amigo, abogado, u otro) (El nombre del afiliado va aquí.)

Acepto actuar como defensor o representante de _____.
(El nombre del afiliado va aquí.)

El tutor legal o representante debe firmar aquí.

Fecha

Dirección _____

Número de teléfono _____

GHHJ3ZVSP – Formulario de autorización de un representante de Medicaid 7.0.1.23

Discrimination is Against the Law

Humana Inc. and its subsidiaries comply with applicable Federal civil rights laws and do not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Humana Inc. and its subsidiaries do not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, sex, sexual orientation, gender identity, or religion. See our website for more information.

Humana Inc. and its subsidiaries:

- Provide free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provide free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact Enrollee Services at **1-866-432-0001 (TTY: 711)**.

If you believe that Humana Inc. or its subsidiaries have failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with:

Discrimination Grievances

P.O. Box 14618
Lexington, KY 40512 – 4618
1-866-432-0001 or if you use a **TTY**, call **711**.

You can file a grievance by mail or phone. If you need help filing a grievance, Customer Service is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

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)
Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Multi-Language Interpreter Services

English ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-866-432-0001 (TTY: 711)**.

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-866-432-0001 (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 **1-866-432-0001 (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 **1-866-432-0001 (TTY: 711)**.

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-866-432-0001 (TTY: 711)** 번으로 전화해 주십시오.

Français (French) ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-866-432-0001 (ATS : 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 **1-866-432-0001 (TTY: 711)**.

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-866-432-0001 (телетайп: 711)**.

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-866-432-0001 (TTY: 711)**.

ગુજરાતી (Gujarati): સુચના :જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે .ફોન કરો **1-866-432-0001 (TTY: 711)**.

العربية (Arabic)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-866-432-0001-1** (رقم هاتف الصم والبكم: **711**).

Português (Portuguese): ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-866-432-0001 (TTY: 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。 **1-866-432-0001 (TTY: 711)** まで、お電話にてご連絡ください。

Українська (Ukrainian): УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером **1-866-432-0001 (телетайп: 711)**.

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-866-432-0001 (TTY: 711)** पर कॉल करें।

ខ្មែរ (Cambodian): ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ **1-866-432-0001 (TTY: 711)**។

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- 866-432-0001 (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- 800-444-9137 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

English ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-866-432-0001 (TTY: 711)**.

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-866-432-0001 (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 **1-866-432-0001 (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 **1-866-432-0001 (TTY: 711)**.

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-866-432-0001 (TTY: 711)**번으로 전화해 주십시오.

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-866-432-0001 (ATS: 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 **1-866-432-0001 (TTY: 711)**.

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-866-432-0001 (телетайп: 711)**.

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-866-432-0001 (TTY: 711)**.

ગુજરાતી (Gujarati): સુચના : જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે .ફોન કરો **1-866-432-0001 (TTY: 711)**.

العربية (Arabic)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-866-432-0001-1** (رقم هاتف الصم والبكم: **711**).

Português (Portuguese): ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-866-432-0001 (TTY: 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。 **1-866-432-0001 (TTY: 711)** まで、お電話にてご連絡ください。

Українська (Ukrainian): УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером **1-866-432-0001 (телетайп: 711)**.

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-866-432-0001 (TTY: 711)** पर कॉल करें।

ខ្មែរ (Cambodian): ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតលុយ គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ **1-866-432-0001 (TTY: 711)**។