



1145 Broadway, Suite 700
Tacoma, WA 98402

Puede designar a una persona que actúe como su representante en una apelación. La persona que usted indique a continuación se aceptará como su representante. No podemos hablar con nadie en su nombre hasta que no recibamos este formulario. Si necesita nuestra ayuda, puede llamarnos. Teléfono: 1-877-644-4613, TTY: 711. Complete este formulario y envíelo por correo postal o fax a la siguiente dirección:

Coordinated Care of Washington, Inc.
Appeals Department
1145 Broadway, Suite 700
Tacoma, WA 98402

Fax: 1-877-212-6668

Nombre del miembro: _____ Fecha: _____

Número de Medicaid del miembro: _____

Quiero que la siguiente persona me represente en mi apelación. Entiendo que se puede dar a mi representante información médica personal relacionada con mi apelación.

1. Nombre, dirección y teléfono del representante (en letra de imprenta):

2. Breve descripción de la apelación en la cual el representante actuará en mi nombre:

Firma del miembro: _____ Fecha: _____