

Third Party Authorization Form



If you wish to give us permission to speak about your case with someone other than yourself, you must:

Complete the "Permission to share information with the following person" section below, by telling us the name and relationship (for example: spouse, employer, or Assister). Sign and write today's date. **If the permission is for an Assister, the Assister will sign and write today's date and complete the KP EE number information.**

Permission to share information with the following person:

I give permission to Kaiser Permanente Child Health Plan to give information over the telephone, or to a participating One-e-App agency via disposition, about the status of this application (including whether the application was received, accepted, or rejected; if accepted, the effective date of coverage; and information regarding the status of bills and payments for amounts due for coverage) to:

Name (of Spouse, Employer, Assister, etc.)

Relationship

Signature (of Spouse, Employer, Assister, etc.)

Date signed

Address, if an Assister

KP EE #

Phone number

By signing this form, I acknowledge that the person named above replaces any previous third party authorized to receive information regarding my Child Health Plan membership.

Applicant Signature

Date signed

Print Applicant Name

Formulario de autorización para dar información a terceros (si procede)

Si desea autorizarnos para que hablemos sobre su caso con otra persona, debe:

Llenar la sección "Autorización para compartir información con la siguiente persona" a continuación, dándonos el nombre y relación con dicha persona (por ejemplo: esposo(a), empleador o Ayudante). Firmar y anotar la fecha de hoy.

Si la autorización es para el Ayudante, éste firmará y anotará la fecha de hoy y completará la información sobre los números de KP EE.

Autorización para compartir información con la siguiente persona:

Autorizo a Kaiser Permanente Child Health Plan a dar información por teléfono, o a una agencia participante One-e-App mediante previa disposición, sobre la situación de esta solicitud (incluso si se recibió, aceptó o rechazó la misma; si se aceptó, la fecha de vigencia de la cobertura, además de la información sobre la situación de las facturas y los pagos por cantidades vencidas de la cobertura) a:

Nombre (del esposo(a), empleador, Ayudante, etc.)

Relación

Firma (del esposo(a), empleador, Ayudante, etc.)

Fecha de la firma

Dirección, si es un Ayudante

KP EE #

Número de teléfono

Al firmar este formulario, reconozco que la persona indicada arriba reemplaza cualquier tercero autorizado anteriormente para recibir información acerca de mi membresía en Child Health Plan.

Firma del Solicitante

Fecha de la firma

Nombre del Solicitante (en letra de molde)