



## **NON-ATTORNEY AUTHORIZATION**

**For the Use and Disclosure of Protected Health Information during the Appeal Process**

**Please Return to:**

Office of Administrative Courts  
1525 Sherman Street, 4<sup>th</sup> Floor  
Denver, CO 80203

**\*\*\* This form must be completed and returned immediately if someone will be assisting you in the appeal process \*\*\***

The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 states that your protected health information may not be shared without your permission, except in certain situations. If you sign this form, you are giving permission to the Colorado Department of Health Care Policy and Financing and to the Office of Administrative Courts to share your protected health information. This does not protect the information from being shared with more people once it has been disclosed.

The Colorado Department of Health Care Policy and Financing may not condition treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits on whether you execute this authorization.

You may request a copy of this authorization and may revoke/cancel your authorization at any time during the appeal process. Any revocation can only apply to future disclosures or actions regarding your protected health information and cannot cancel actions taken or disclosures made while the authorization was in effect.

**I, \_\_\_\_\_ (client or applicant name) authorize the Colorado Department of Health Care Policy and Financing (Department), as well as the Office of Administrative Courts, to share my protected health information and other confidential information gathered by, or on behalf of, the Department to determine my eligibility for services or enrollment in a Colorado Medical Assistance Program.**

**My address is:** \_\_\_\_\_

**My information may be shared with the following person(s) and/or entity who will represent or assist me in the appeal process:**

\_\_\_\_\_

**Address:** \_\_\_\_\_

**My information may only be shared, disclosed, or used to further and assist in my appeal. This Authorization will expire at the conclusion of the appeal process.**

**Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_  
*Parent/Legal guardian may sign on behalf of minor child*

Date of birth: \_\_\_\_\_ Medicaid ID Number: \_\_\_\_\_

Name of Designated Personal Representative: \_\_\_\_\_  
*Legal documentation must be included to show authority to sign on behalf of client or applicant, if client/applicant is not signing on his/her own.*

Signature of Designated Personal Representative: \_\_\_\_\_

Relationship of Designated Personal Representative: \_\_\_\_\_



## **AUTORIZACIÓN PARA UN REPRESENTANTE QUE NO SEA ABOGADO**

Para el uso y la divulgación de información médica protegida durante el proceso de apelación

### **Entregar a:**

Office of Administrative Courts  
1525 Sherman Street, 4<sup>th</sup> Floor  
Denver, CO 80203

**\*\*\* Este formulario se debe completar y entregar inmediatamente si alguien lo ayudará con el proceso de apelación\*\*\***

The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 establece que su información médica protegida no se puede compartir sin su autorización, excepto en determinadas situaciones. Si firma este formulario, le concede autorización al Colorado Department of Health Care Policy and Financing y a la Office of Administrative Courts para compartir su información médica protegida. Esto no evita que la información se comparta con más personas una vez que ha sido divulgada.

The Colorado Department of Health Care Policy and Financing no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción ni la elegibilidad para recibir beneficios al hecho de que otorgue esta autorización.

Puede solicitar una copia de esta autorización y revocar o cancelar su autorización en cualquier momento durante el proceso de apelación. Cualquier revocación solo tiene validez para divulgaciones o medidas futuras relativas a su información médica protegida y no puede cancelar las medidas tomadas ni las divulgaciones realizadas mientras la autorización estaba vigente.

**Yo, \_\_\_\_\_ (cliente o nombre del solicitante) autorizo al Colorado Department of Health Care Policy and Financing (Departamento), así como a la Office of Administrative Courts, a compartir mi información médica protegida y otra información confidencial recabada por el Departamento, o en su nombre, para determinar mi elegibilidad para los servicios o la inscripción en un programa de asistencia médica de Colorado.**

**Mi dirección es:** \_\_\_\_\_

**Mi información se puede compartir con las siguientes personas y/o entidades que me representarán o ayudarán en el proceso de apelación:**

\_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Mi información solo se puede compartir, divulgar o usar para apoyar y ayudar en mi apelación. Esta autorización vencerá cuando finalice el proceso de apelación.**

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

*El padre, madre o tutor legal puede firmar en nombre de un hijo menor de edad*

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de ID de Medicaid: \_\_\_\_\_

Nombre del representante personal designado: \_\_\_\_\_

*Se debe incluir documentación legal para demostrar la autoridad para firmar en nombre del cliente o solicitante, si el cliente o solicitante no firma por su propia cuenta.*

Firma del representante personal designado: \_\_\_\_\_

Relación del representante personal designado: \_\_\_\_\_