



PARKLAND COMMUNITY HEALTH PLAN
Appeal Representative Consent Form

Complete, sign, and return this form to Parkland Community Health Plan if you want someone to represent you (the member). This form gives us your written consent to allow someone else to act on your behalf during an appeal process. The appeal may be about a denial we made; and you did not agree with it. We cannot accept someone else to act, or request an appeal, on your behalf until we receive this form back.

MEMBER INFORMATION			
Member Name:			
Member Plan:	☐ Parkland HEALTHfirst	☐ Parkland KIDSfirst	☐ Parkland CHIP Perinate
Member Plan ID#:			
Member Address:			
City, State, Zip:			
Member Primary Contact #:		☐ Mobile ☐ Home ☐ Work ☐ Other	
Member Secondary Contact #:		☐ Mobile ☐ Home ☐ Work ☐ Other	
Member E-Mail:			

APPEAL REPRESENTATIVE INFORMATION			
Representative Name:			
Representative Relationship:	☐ Provider	☐ Lawyer	☐ Court-Appointed Guardian
	☐ Family Member	☐ Friend	☐ Other: _____
Member Address:			
City, State, Zip:			
Representative Primary Contact #:		☐ Mobile ☐ Home ☐ Work ☐ Other: _____	
Representative Secondary Contact #:		☐ Mobile ☐ Home ☐ Work ☐ Other: _____	
Representative E-Mail:			

I, _____ (member name), give consent for _____ to act as my Representative and request an appeal to a denial related to (please select ONE):

- ☐ The denial or limited authorization of a Member or Provider requested services, including the type or level of service, requirements for medical necessity, appropriateness, setting, or effectiveness of a covered benefit.
- ☐ The reduction, suspension, or termination of a previously authorized service.

- ☐ The denial in whole or in part of payment for service.
- ☐ The failure to provide services in a timely manner as determined by the Texas Health and Human Services Commission (HHSC) and/or Texas Department of Insurance (TDI).
- ☐ The failure of Parkland Community Health Plan to act within required federal timeframes.
- ☐ *For a resident of a rural area with only one managed care organization:* The denial of Medicaid Member's request to obtain services outside of the Network.
- ☐ The denial of a Member's request to dispute a financial liability, including cost sharing, copayments, premiums, deductibles, coinsurance, and other Member financial liabilities.
- ☐ **Other:** _____

If you need help with this form or have questions, please call and ask to talk to a Member Advocate at our toll-free number provided below.

For HEALTHfirst members: **1-888-672-2277**

For KIDSfirst / CHIP Perinate members: **1-888-814-2352**

Member Signature (Parent or Legal Guardian, if applicable)

Date

Print Name of Parent or Legal Guardian (if applicable)

PLEASE SEND THIS COMPLETED AND SIGNED CONSENT FORM TO:

**Parkland Community Health Plan
Attn: Member Advocate
P.O. Box 560347
Dallas, TX 75356
Fax: 1-844-310-1823**



PARKLAND COMMUNITY HEALTH PLAN

Formulario de consentimiento del representante en apelaciones

Complete, firme y envíe este formulario a Parkland Community Health Plan si desea que alguien lo represente (el miembro). Este formulario le otorga el consentimiento por escrito para permitir que otra persona actúe en su nombre durante un proceso de apelación. La apelación puede ser sobre una denegación que hicimos y usted no está de acuerdo. No podemos aceptar que ninguna otra persona actúe en su nombre, ni solicite una apelación, en su nombre hasta que recibamos este formulario.

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO			
Nombre del miembro:			
Plan del miembro:	☐ Parkland HEALTHfirst	☐ Parkland KIDSfirst	☐ Parkland CHIP Perinate
N.º de identificación del plan del miembro:			
Dirección del miembro:			
Ciudad, estado y código postal:			
N.º de contacto primario del miembro:		☐ Móvil ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Otra opción	
N.º de contacto secundario del miembro:		☐ Móvil ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Otra opción	
Correo electrónico del miembro:			

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE DE LA APELACIÓN			
Nombre del representante:			
Relación con el representante:	☐ Proveedor ☐ Miembro de la familia	☐ Abogado ☐ Amigo	☐ Tutor asignado por el tribunal ☐ Otra opción: _____
Dirección del miembro:			
Ciudad, estado y código postal:			
N.º de contacto primario del representante:		☐ Móvil ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Otra opción: _____	
N.º de contacto secundario del representante:		☐ Móvil ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Otra opción: _____	
Correo electrónico del representante:			

Yo, _____ (nombre del miembro), autorizo a _____ para que actúe como mi representante y solicite una apelación para la denegación relacionada con (seleccione UNA opción):

- ☐ La denegación o autorización limitada de los servicios solicitados por un miembro o proveedor, que incluyen el tipo o nivel de servicio, los requisitos para la necesidad médica, la idoneidad, el entorno o la efectividad de un beneficio cubierto.
- ☐ La reducción, suspensión o finalización de un servicio previamente autorizado.

- ☐ La denegación de todo el pago de un servicio o parte de este.
- ☐ El incumplimiento de los servicios de manera oportuna según lo establecido por la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) o el Departamento de Seguros de Texas (TDI).
- ☐ El incumplimiento de Parkland Community Health Plan para actuar dentro del plazo exigido a nivel federal.
- ☐ *Para un residente de una zona rural que solo cuenta con una organización de atención administrada:* La denegación de la solicitud del miembro de Medicaid para obtener servicios fuera de la red.
- ☐ La denegación de la solicitud del miembro de Medicaid para disputar responsabilidades financieras, como los costos compartidos, los copagos, las primas, los deducibles, los coseguros y otras responsabilidades financieras de Medicare.
- ☐ **Otra opción:** _____

Si necesita ayuda con este formulario o tiene preguntas, llámenos y solicite hablar con un defensor de miembros a nuestro número gratuito que figura a continuación.

Para los miembros de HEALTHfirst: **1-888-672-2277**

Para los miembros de KIDSfirst / CHIP Perinate: **1-888-814-2352**

Firma del miembro (padre/madre o tutor legal, si corresponde)

Fecha

Nombre en cursiva del padre/la madre o el tutor legal (si corresponde)

ENVÍE ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO COMPLETADO Y FIRMADO A:

**Parkland Community Health Plan
Attn: Member Advocate
P.O. Box 560347
Dallas, TX 75356
Fax: 1-844-310-1823**