



Por la presente, acepto la cita anterior. Certifico que la información personal anterior es correcta; que no he sido descalificado, suspendido o prohibido ejercer antes ASES o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos; y que no soy, empleado actual o pasado del Gobierno de Puerto Rico o de los Estados Unidos, descalificado para actuar como representante de la parte.

Firma del representante autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### **Sección 3: Exención de la tasa de representación**

Esta sección debe completarse si el Representante autorizado debe, o elige, renunciar a sus honorarios por representación. (Tenga en cuenta que los proveedores o proveedores que representan a un beneficiario y proporcionaron los artículos o servicios en cuestión no pueden cobrar una tarifa por representación y deben completar esta sección).

Renuncio a mi derecho a cobrar una tarifa por representar a esta Parte / Solicitante ante PSM y ASES.

Firma del representante autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame 1-866-600-4753 (TTY: 1-844-726-3345).

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-600-4753 (TTY: 1-844-726-3345). al 1-866-600-4753 (TTY: 1-844-726-3345).

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（TTY: 1-866-600-4753; 1-844-726-3345.

PSM complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate based on race, color, national origin, age, disability or sex. **As requested, this document may be available in alternate formats such as large print, audio or other languages. Call 1-866-6004753 or 1-844-726-3345 TTY (hearing impaired).**