



New Mexico  
Independent  
Consumer  
Support System

## Solicita una Audiencia Justa con Human Services Department (HSD)

### Carta a un Representante Autorizado

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente designo a \_\_\_\_\_  
(Con letra de imprenta de Persona que Autoriza) (nombre con letra de imprenta)

(Persona Designada) representar y actuar en el nombre de \_\_\_\_\_  
(Con letra de imprenta nombre del demandante)

durante el proceso de Audiencia. Autorizo a la Persona Designada recibir el Sumario de Evidencias y cualquier otra información relevante que sea necesaria para que la Persona Designada pueda, en forma adecuada, representar al demandante durante el proceso de la Audiencia Justa.

\_\_\_\_\_  
(Firma de la Persona que Autoriza)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

*\*\* Si estuviera disponible, proporcione un Permiso de Hacer Pública de Información (siglas en inglés PRI).*