



SOLICITUD DE MENOR EMANCIPADO PARA RESTRINGIR EL ACCESO A LA INFORMACIÓN SOBRE RECLAMOS

Los suscriptores de DHMP tienen acceso a la información de reclamos de dependientes menores de 18 años de edad. Si desea restringir al suscriptor el acceso a esta información Y si es un menor emancipado, debe completar este formulario, firmarlo y enviarlo por correo al siguiente domicilio:

DHMP Compliance Department
938 Bannock Street
Denver, CO 80204

INFORMACIÓN SOBRE EL MENOR EMANCIPADO:

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) N.º de id. del miembro

Domicilio particular

Ciudad, estado, código postal

Relación con el suscriptor N.º de teléfono principal Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)

**Marque aquí para restringir el acceso al suscriptor mencionado a continuación.
El suscriptor ya no tendrá acceso a la información sobre sus reclamos.**

INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR:

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) N.º de id. del miembro

Domicilio particular

Ciudad, estado, código postal

Relación con el menor emancipado N.º de teléfono principal Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)

DHMP se reserva el derecho a solicitar copias de cualquier y toda documentación que respalde esta solicitud, incluido todo mandato pertinente de un tribunal de jurisdicción competente, u otros documentos que establezcan un derecho o privilegio reclamado por el abajo firmante. Las solicitudes presentadas pueden estar sujetas a revisión por parte de DHMP antes de su aprobación.

Estoy consciente de que puedo solicitar recibir una copia de esta autorización. Estoy de acuerdo en que una copia fotográfica de esta autorización será válida como el original. Acepto que esta autorización estará vigente hasta que yo la revoque por escrito.

Firma del menor emancipado

Fecha (MM/DD/AA)