

Consentimiento para la suspensión voluntaria de servicios autorizados

Programa de Atención Administrada de Medicaid del Estado de Florida (SMMC)

Nombre del inscripto:	Número de ID de Medicaid del inscripto:
Fecha de nacimiento del inscripto:	Padre, madre o tutor legal:
Domicilio del inscripto:	

Comprendo que los siguientes servicios fueron indicados por _____ y autorizados por AmeriHealth Caritas Florida desde ____ / ____ / ____ hasta ____ / ____ / ____ .

Servicios autorizados:

Comprendo que no tengo la obligación de aceptar todos los servicios _____ autorizado para recibir, y que tengo la opción de rechazar _____ estos servicios para las fechas y horarios actuales autorizados.

Elijo no tener los siguientes servicios para _____ para las siguientes fechas y horarios autorizados.
Servicios rechazados:

Comprendo que _____ estando autorizado para recibir los servicios totales que se mencionan anteriormente para las fechas y horarios actuales autorizados. Tengo la opción de rechazar estos servicios para únicamente las fechas y horarios que se indican anteriormente. Comprendo que esta elección no se considerará como un cambio en la necesidad de estos servicios cuando sea momento de renovar los servicios para fechas futuras. También comprendo que puedo cambiar de parecer en cualquier momento y recibir todos los servicios durante lo que quede de las fechas actuales autorizadas.

Firma del inscripto* o del padre, la madre o el tutor legal:	Fecha
--	-------

Aclaración en imprenta del inscripto* o del padre, la madre o el tutor legal:

Firma del representante de Florida Medicaid Health Plan:	Fecha
--	-------

Aclaración en imprenta del representante de Florida Medicaid Health Plan:

*Un inscripto de 18 años de edad o mayor, que actúe como su propio tutor legal.

Consentimiento para la suspensión voluntaria de servicios autorizados

Programa de Atención administrada de Medicaid del estado de Florida (SMMC)

Instrucciones

1. Información del inscripto

Este formulario solo debe utilizarse cuando un inscripto recibe servicios y este (o el padre, la madre o el tutor legal) decide recibir menos servicios de los que están autorizados para el inscripto por el plan médico de Medicaid. Este consentimiento garantiza que la suspensión voluntaria no se tendrá en cuenta al momento de aprobar cualquier necesidad futura de servicios.

Complete los espacios con el nombre, el domicilio, la fecha de nacimiento, el número de identificación de Medicaid y, si corresponde, el padre, la madre o el tutor legal del inscripto. Excepto en las firmas, use letra de imprenta en toda la información que se agrega al formulario. Los coordinadores de atención del plan médico pueden completar el formulario por el inscripto excepto sus firmas o las del padre, la madre o el tutor legal.

2. Servicios autorizados

Agregue las fechas y horarios, si corresponde, de los servicios actuales autorizados. Por ejemplo:

- Comprendo que los siguientes servicios fueron indicados por mi médico/el médico de mi hijo (marque uno con un círculo) y fueron autorizados por (nombre del plan médico) desde 05/02/2020 hasta 06/01/2020.

En la casilla titulada "Servicios autorizados", indique los servicios autorizados por el plan médico del inscripto. Por ejemplo:

- Servicios de enfermería privada, ocho horas al día, siete días a la semana.

3. Servicios rechazados

En la casilla titulada "Servicios rechazados", indique los servicios autorizados que fueron rechazados. Los servicios pueden ser rechazados parcial o totalmente. Brinde cualquier información necesaria para garantizar que se respeten los deseos del inscripto, el padre, la madre o el tutor legal. Por ejemplo:

- Servicios de enfermería privada todos los sábados y domingos por cuatro horas desde las 8 a.m. al mediodía.
- Servicios de enfermería privada desde 05/17/2020 hasta 05/25/2020.

El inscripto, el padre, la madre o el tutor legal deben tener la oportunidad de revisar la veracidad del formulario y el formulario en sí según sea apropiado.

4. Firmas y fechas

Tanto el coordinador de atención del plan médico como el inscripto, el padre, la madre o el tutor legal deberán firmar y poner la fecha en el formulario de consentimiento. Si se brinda el consentimiento durante una reunión presencial, todas las firmas y fechas deberán completarse en esa reunión. Si el consentimiento no se realiza en persona, el coordinador de atención del plan médico podrá firmar y poner fecha en el consentimiento el día que lo brinde y el inscripto, el padre, la madre o el tutor legal deberá firmar y poner la fecha en el formulario de consentimiento en la próxima visita domiciliaria.

5. Registro

Envíe por correo postal una copia del formulario con firma y fecha al inscripto, el padre, la madre o el tutor legal a la dirección indicada en el formulario.

El plan médico deberá guardar el formulario completado y firmado en el expediente del inscripto.





La discriminación está en contra de la ley

AmeriHealth Caritas Florida cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina ni excluye a las personas o las trata de modo diferentes por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, ancestros, sexo, identidad o expresión de género u orientación sexual.

AmeriHealth Caritas Florida:

- Proporciona a las personas con discapacidades, para que puedan comunicarse con nosotros eficazmente, asistencia y servicios gratuitos (sin costo), tales como:
 - Intérpretes calificados del lenguaje de señas.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios sin cargo (sin costo) a personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame a AmeriHealth Caritas Florida al **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)**. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si cree que AmeriHealth Caritas Florida no ha provisto estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra manera, usted o su representante autorizado (si contamos con su autorización escrita en nuestros archivos) puede presentar una queja formal ante:

- Grievance and Appeals, P.O. Box 7368, London, KY 40742. Teléfono: **1-855-371-8078 (TTY 1-855-371-8079)**. Fax: **1-855-358-5847**.
- Puede presentar una queja formal por correo postal, fax o teléfono. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas Florida está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja relativa a los derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., Oficina de Derechos Civiles (en inglés, *U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights*) de manera electrónica a través del Portal de Quejas sobre Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697)

Los formularios de quejas están disponibles en:
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

English: This information is available for free in other languages. Please contact our customer service number at **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)**, 24 hours a day, seven days a week. If your primary language is not English, or to request auxiliary aids, assistance services are available to you, free of charge.

Spanish: Esta información está disponible en otros idiomas de forma gratuita. Póngase en contacto con nuestro número de servicios al cliente al **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)**, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Si su idioma principal no es el inglés, o necesita solicitar ayudas auxiliares, hay servicios de asistencia a su disposición de forma gratuita.

Haitian Creole: Enfòmasyon sa yo disponib gratis nan lòt lang. Tanpri kontakte ekip sèvis kliyan nou an nan **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)**, 24 è sou 24, sèt jou sou sèt. Si anglè pa lang manman w oswa si w ta renmen mande yon èd konplemantè, ou ka resevwa sèvis ki gratis pou ede w.

Vietnamese: Thông tin này có sẵn miễn phí ở các ngôn ngữ khác. Vui lòng liên lạc bộ phận dịch vụ khách hàng của chúng tôi theo số **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)**, 24 giờ một ngày, bảy ngày trong tuần. Nếu ngôn ngữ chính của quý vị không phải là tiếng Anh, hoặc để yêu cầu các thiết bị trợ giúp bổ sung, thì quý vị có thể sử dụng miễn phí các dịch vụ hỗ trợ.