

Nombre del inscripto:	Representante autorizado ¹ :
Número de ID de Medicaid:	Relación con el inscripto:
Fecha de nacimiento del inscripto:	

¿El inscripto o su representante autorizado han recibido información sobre el complemento total de los servicios de Medicaid que están a disposición del inscripto, incluidas las opciones de servicios de Medicaid basados en el hogar y la comunidad (si corresponde)? Sí No

Si recibe servicios en un centro de enfermería, ¿el inscripto o el representante autorizado se oponen a la transición del inscripto a la comunidad? Sí No Si la respuesta es afirmativa, explique:

Certificación de libertad de elección

1. Mi firma en este formulario certifica que lo he leído, o me lo han leído, y que comprendo su contenido. Entiendo que al firmar este formulario, estoy de acuerdo con la elección que aparece marcada más abajo. También entiendo que si cambio de parecer y quiero elegir otra opción, mi administrador de casos del plan me brindará otro formulario para indicar mi nueva elección.

2. Mi elección está indicada por medio de la casilla marcada.

- Quiero recibir servicios en la comunidad.
- Quiero vivir en un centro de enfermería (si existe una necesidad evaluada).

Yo, _____ (inscripto o representante autorizado) acepto que el administrador de casos ratifique mi elección especificada en este formulario.

Firma del inscripto o del representante autorizado

Fecha

Aclaración en imprenta del nombre del inscripto o del representante autorizado

Firma del administrador de casos del plan:

Fecha

Aclaración en imprenta del nombre del administrador de casos del plan

¹El representante autorizado debe determinarse de acuerdo con las leyes federales y estatales vigentes (incluido, a título enunciativo, 42 CFR Parte 435 y los capítulos 709, 744 y 765 de los estatutos de Florida).

Nota: El formulario de certificación original será completado y firmado por el miembro del plan (inscripto o representante autorizado) y guardado en el expediente del plan del miembro.

Instrucciones para la Certificación de libertad de elección

Dentro de los siete (7) días de la inscripción inicial y al menos una vez al año a partir de ese momento, el administrador de casos del plan revisará la Certificación de libertad de elección con el miembro del plan (inscripto) y obtendrá la firma de este en la certificación completada.

En el panel de información del inscripto en la parte superior del formulario, ingrese los siguientes datos del inscripto:

- Nombre y apellido en el campo de Nombre del inscripto;
- Número de identificación (ID) de Medicaid; y
- Fecha de nacimiento (DOB).

Si el inscripto tiene un representante autorizado, brinde los siguientes datos:

- Nombre y apellido del representante en el campo de Representante autorizado; y
- Relación del representante con el inscripto.

Si el inscripto no tiene un representante autorizado, ingrese "N/A" en los campos de Representante autorizado y Relación con el inscripto.

Determine si el inscripto o su representante autorizado:

- Ha recibido información sobre los servicios de Medicaid disponibles para el inscripto en la comunidad; o
- Cualquier oposición a la transición del inscripto a la comunidad.

Si el inscripto o representante autorizado responden que **no** han recibido esa información sobre los servicios de Medicaid disponibles en la comunidad, entonces revise las descripciones de los servicios basados en el hogar y la comunidad y las opciones para recibir los servicios de Medicaid en la comunidad (según corresponda) con el inscripto antes de completar la Certificación de libertad de elección.

Pida que el inscripto o representante autorizado lean y revisen la Certificación de libertad de elección e indique la opción para recibir los servicios de Medicaid.

Solicite la firma del inscripto o del representante autorizado del inscripto arriba de la aclaración en letra de imprenta.

Después de que el inscripto o el representante autorizado aceptan permitir que el administrador de casos ratifique la elección indicada por el inscripto o el representante autorizado, el administrador de casos del plan firmará y pondrá fecha al formulario de certificación y lo guardará en el expediente del miembro (inscripto) del plan.

El inscripto o el representante autorizado recibirán una copia de la certificación completada y firmada a través de la entrega en mano o por correo postal dentro de los cinco (5) días hábiles desde la fecha de la certificación.



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.