



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 por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. AmeriHealth Caritas Florida no excluye a las personas ni las trata de modo diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

AmeriHealth Caritas Florida:

- Proporciona a las personas con discapacidades, para que puedan comunicarse con nosotros eficazmente, asistencia y servicios gratuitos, 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 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 ha discriminado de otra manera en función de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, usted puede presentar una queja formal dirigida a:

- Grievance and Appeals, P.O. Box 7368, London, KY 40742. **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.

French: Ces informations sont disponibles gratuitement dans d'autres langues. Veuillez contacter notre équipe service clientèle au **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)**, 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Si l'anglais n'est pas votre langue maternelle ou si vous souhaitez demander une aide auxiliaire, des services d'aide sont gratuitement mis à votre disposition.

Russian: Эта информация доступна бесплатно на других языках и в других форматах. Звоните в Отдел обслуживания клиентов по тел. **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)** — круглосуточно и без выходных. Если ваш родной язык не английский или вы хотели бы запросить дополнительную помощь, вы можете воспользоваться бесплатными услугами перевода.

Italian: Queste informazioni sono disponibili gratuitamente in altre lingue. Chiamate il nostro servizio clienti al numero **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)** 24 ore al giorno, sette giorni su sette. Se la vostra prima lingua non è l'inglese, o per richiedere attrezzature di supporto sensoriale, sono disponibili servizi d'assistenza, gratuitamente.

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.

Portuguese: Estas informações estão disponíveis gratuitamente em outros idiomas. Por favor, entre em contato com o nosso serviço de atendimento ao cliente pelo número **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)**, 24 horas por dia, sete dias por semana. Se o seu idioma principal não for o inglês, ou se você precisar solicitar recursos auxiliares para deficientes, os serviços de assistência estão disponíveis gratuitamente para você.

Chinese Mandarin: 这些信息还免费以其他语言提供。请随时联系我们的客户服务电话 **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)**，该电话每周 7 天、每天 24 小时全天候提供服务。如果您的母语不是英语，或者需要请求辅助设备，您可以免费获得援助服务。

Chinese Cantonese: 這份資訊還免費以其他語言提供。請隨時聯絡我們的客戶服務電話 **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)**，該電話每周 7 天、每天 24 小時全天候提供服務。如果您的母語不是英語，或者需要請求輔助設備，您可以免費獲得援助服務。

Tagalog: Makukuha nang libre ang impormasyong ito sa mga iba pang wika. Mangyaring makipag-ugnay sa numero ng customer service sa **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)**, 24 na oras sa isang araw, pitong araw sa isang linggo. Kung hindi Ingles ang inyong pangunahing wika, o upang humiling ng mga kagamitang pantulong, may matatanggap kayong libreng serbisyo sa pagsasalin sa wika.

Arabic:

يمكنك الحصول على هذه المعلومات بلغات أخرى مجانًا. لطلب مساعدات وخدمات إضافية يُرجى الاتصال بخدمة العملاء على الرقم **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)**، على مدار 24 ساعة في اليوم، سبعة أيام في الأسبوع. تتوفر لك خدمات لغوية مجانية إذا كانت لغتك الأساسية ليست الإنجليزية أو إذا طلبت مساعدات إضافية.



Servicios de interpretación en varios idiomas

German: Diese Information wird kostenlos in anderen Sprachen angeboten. Bitte setzen Sie sich unter der Rufnummer **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)** mit unserem Kundendienst in Verbindung, der Ihnen an sieben Tagen der Woche 24 Stunden lang zur Verfügung steht. Falls Englisch nicht Ihre Muttersprache ist, können Sie eine kostenlose Sprachhilfe nutzen.

Korean: 본 정보는 다른 언어로도 무료로 제공됩니다. 주 7일 하루 24시간 운영되는 고객 서비스 **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)**번으로 연락하시기 바랍니다. 영어가 모국어가 아니거나 장애인 보조 장치 및 서비스가 필요하신 경우, 무료로 지원 서비스가 제공됩니다.

Polish: Poniższa informacja jest dostępna bezpłatnie w innych językach i formatach. Prosimy o kontakt z Działem obsługi klienta pod numerem telefonu **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)**, 24 godziny na dobę, siedem dni w tygodniu. Jeśli angielski nie jest Twoim pierwszym językiem lub w celu uzyskania dodatkowej pomocy, możesz korzystać z bezpłatnej obsługi w tym zakresie.

Gujarati: આ માહિતી મફતમાં અન્ય ભાષાઓમાં ઉપલબ્ધ છે. કૃપા કરીને અમારી ગ્રાહક સેવાના નંબર **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)**, દિવસમાં 24 કલાક, અઠવાડિયાના સાત દિવસો નો સંપર્ક કરો. જો તમારી પ્રાથમિક ભાષા અંગ્રેજી નથી, અથવા ઉપયોગીસાધનોની વિનંતી કરવા માટે, તમારા માટે સહાયક સેવાઓ નિ:શુલ્ક ઉપલબ્ધ છે.

Thai: ข้อมูลนี้สามารถใช้ได้ฟรีในภาษาอื่น ๆ โปรดติดต่อหมายเลขบริการลูกค้าของเราที่หมายเลข **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)** ได้ตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน สัปดาห์ละ 7 วัน หากภาษาหลักของคุณไม่ใช่ภาษาอังกฤษหรือต้องการติดต่อขอรับบริการเสริมคุณสามารถเข้ารับการช่วยเหลือได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

Japanese: この情報は他の言語でも無料でご利用いただけます。年中無休で対応しておりますので、弊社カスタマーサービスのフリーダイヤル **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)** までお問い合わせください。母国語が英語でない場合は、無料のサービスをご利用いただけます。