



# Certificación de libertad de elección

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

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

¿El inscripto o su representante autorizado ha recibido información sobre el complemento total de los servicios de Medicaid disponibles al inscripto, incluidas las opciones de servicios de Medicaid basadas 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 opone 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 fue 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 representante autorizado	Fecha
--	-------

Aclaración en imprenta del inscripto o representante autorizado

Firma del administrador de casos del plan:	Fecha
--	-------

Aclaración en imprenta del administrador de casos del plan

<sup>1</sup>El representante autorizado debe determinarse de acuerdo con las leyes aplicables federales y estatales (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 responde que esa información sobre los servicios de Medicaid disponibles en la comunidad **no** han sido recibidos, 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 lea y revise la Certificación de libertad de elección e indique la opción para recibir los servicios de Medicaid.

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

Después de que el inscripto o representante autorizado esté de acuerdo en permitir al administrador de casos ratificar la elección indicada por el inscripto o 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.

Una copia de la certificación completa y firmada se brindará al inscripto o representante autorizado a través de la entrega en mano o correo postal dentro de los cinco (5) días hábiles desde la fecha de la certificación.





## La discriminación es contra la ley

Prestige Health Choice cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Prestige no excluye a las personas ni las trata de modo distinto debido a la raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo

Prestige:

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

Si necesita estos servicios, comuníquese con Prestige al **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)**. Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Si cree que Prestige no ha provisto estos servicios o ha discriminado de otra manera en función de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, usted puede presentar una queja formal dirigida a:

- Grievance and Appeals, PO 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 Prestige está disponible para brindarle ayuda.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos electrónicamente a través del portal para quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>** o por correo postal o teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
**1-800-368-1019 (TDD 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/TDD 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/TDD 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 (1-855-358-5856 pou moun ki pa tande byen yo)**, 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 (1-855-358-5856 pour les malentendants)**, 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/TDD 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 (non udenti 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/TDD 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/TDD 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/TDD 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/TDD 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/TDD 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 (الهاتف النصي/للصم 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.

German: Diese Information wird kostenlos in anderen Sprachen angeboten. Bitte setzen Sie sich unter der Rufnummer **1-855-355-9800** (für TeleTypewriter/Telekommunikationsgeräte [TTY/TTD] **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/TDD 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/TDD 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 (ટીટીઆઇ/ટીડીડી 1-855-358-5856)**, દિવસમાં 24 કલાક, અઠવાડિયાના સાત દિવસો નો સંપર્ક કરો. જો તમારી પ્રાથમિક ભાષા અંગ્રેજી નથી, અથવા ઉપયોગી સાધનોની વિનંતી કરવા માટે, તમારા માટે સહાયક સેવાઓ નિ:શુલ્ક ઉપલબ્ધ છે.

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

Japanese: この情報は他の言語でも無料を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/TDD 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。