

Formulario de no participación en el programa Hogar médico (Health Home)

Declaración del testimonio

Para uso del cliente Medicaid que reúne los requisitos para el programa Hogar médico (Health Home)

Me he reunido con el administrador de atención médica de Hogar médico _____
Nombre del Hogar médico

quien me ha explicado el programa Hogar médico y los servicios de administración de atención médica del Hogar médico que puedo recibir. He decidido no participar del programa Hogar médico por el momento.

Para uso del administrador de atención médica del Hogar médico

He hablado sobre el programa Hogar médico con _____ por teléfono.
Nombre del cliente Medicaid

Se explicaron los beneficios de los servicios del Hogar médico; no obstante, el cliente de Medicaid ha decidido no participar en el programa por el momento.

Razón para decidir no participar

Firmas

Entiendo que no recibiré un administrador de atención médica o servicios de atención médica del Hogar médico. Entiendo que si reúno los requisitos de los Home and Community Based Services (Servicios domiciliarios y comunitarios de salud o HCBS, por sus siglas en inglés) de la Office for People With Developmental Disabilities (Oficina para las Personas con Discapacidades de Desarrollo u OPWDD, por sus siglas en inglés) y he optado por no participar de los servicios del programa Hogar médico, tendré que inscribirme en una forma alternativa de administración de atención con el fin de poder recibir los servicios HCBS.

_____ Nombre del cliente de Medicaid (en letra imprenta)	_____ Firma original del cliente de Medicaid	_____ Fecha
_____ Nombre del padre, madre o tutor del cliente de Medicaid, o representante legalmente autorizado, si aplica (en letra imprenta)	_____ Firma original del padre, madre o tutor del cliente de Medicaid, o representante legalmente autorizado, si aplica (en letra imprenta)	_____ Fecha
_____ Nombre del administrador de atención médica del Hogar médico (en letra imprenta)	_____ Firma original del administrador de atención médica de Hogar médico	_____ Fecha

NOTA

Si desea recibir servicios del Hogar médico, comuníquese con el Programa Medicaid del estado de Nueva York llamando al Centro de atención al cliente de Medicaid al 1-800-541-2831.