

Declaración de atestación

Para uso de clientes de Medicaid que cumplen con los requisitos del programa Hogar Médico

Me reuní con el gerente de Hogar Médico para _____
Nombre del servicio de atención médica a domicilio

con el representante de mi Managed Care Plan
(Plan de Atención Administrada) de Medicaid _____
Nombre del Managed Care Plan de Medicaid

que me explicó el programa de atención médica a domicilio y los servicios de administración de atención médica a domicilio que puedo obtener. He decidido no participar en el programa Hogar Médico en este momento.

Para uso del gerente del Hogar Médico o del representante del Managed Care Plan de Medicaid

He hablado sobre el programa Hogar Médico con _____
Nombre del cliente de Medicaid

por teléfono. Se le explicaron los beneficios de los servicios de Hogar Médico; sin embargo, el cliente de Medicaid ha decidido no recibirlos en este momento.

Motivos de la no participación

Firmas

Entiendo que no obtendré los servicios de un gerente del programa Hogar Médico ni los servicios de Hogar Médico.

Asimismo, entiendo que si soy elegible para recibir los Home and Community Based Services (Servicios a Domicilio y en la Comunidad) (HCBS) de la Office For People With Developmental Disabilities (Oficina para las Personas con Discapacidades del Desarrollo) (OPWDD), y he decidido no recibir los servicios de Hogar Médico, tendré que inscribirme en un plan alternativo de administración de la atención médica para poder recibir los servicios HCBS.

_____ Nombre del cliente de Medicaid (en letra de imprenta)	_____ Firma original del cliente de Medicaid	_____ Fecha
_____ Nombre del padre, madre o tutor legal del cliente de Medicaid, o Representante legal autorizado, si corresponde (en letra de imprenta)	_____ Firma original del padre, madre o tutor legal del cliente de Medicaid, o Representante legal autorizado, si corresponde	_____ Fecha
_____ Nombre del gerente de Hogar Médico (en letra de imprenta)	_____ Firma original del gerente de Hogar Médico	_____ Fecha
_____ Nombre del representante del Plan de Atención Administrada de Medicaid (en letra de imprenta)	_____ Firma original del Plan de Atención Administrada de Medicaid Representante	_____ Fecha

NOTA

Si en algún momento quiere recibir los servicios de Hogar Médico, comuníquese con el Programa de Medicaid del Estado de Nueva York (New York State Medicaid Program) llamando al Centro de Llamadas de Medicaid al 1-800-541-2831, o comuníquese con su Plan de Atención Administrada de Medicaid.