

**SECCIÓN 1: INFORMACIÓN SOBRE EL MIEMBRO**

Nombre del miembro:		Representante autorizado <sup>1</sup> :	
Número de ID de Medicaid:		Relación con el miembro:	
Fecha de nac.:			

**SECCIÓN 2: SERVICIOS DISPONIBLES PARA EL MIEMBRO**

El miembro o su representante autorizado recibieron información sobre todos los servicios de Medicaid disponibles para el miembro, incluidas las opciones de servicios domiciliarios y comunitarios de Medicaid. Marque cada uno de los que se analizaron específicamente:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Coordinación de la atención | <input type="checkbox"/> Equipos y suministros médicos | <input type="checkbox"/> Servicios de exención iBudget, incluidas las modificaciones del hogar y del vehículo |
| <input type="checkbox"/> PPEC                        | <input type="checkbox"/> Transporte                    | <input type="checkbox"/> Recursos de vivienda   |
| <input type="checkbox"/> Enfermería privada          | <input type="checkbox"/> Beneficios ampliados del plan |   |

**SECCIÓN 3: CERTIFICACIÓN DE LIBERTAD DE ELECCIÓN**

1. Mi firma en este formulario certifica que he leído este formulario, o me lo han leído, y que comprendo y confirmo su contenido. Entiendo que, al firmar este formulario, estoy de acuerdo con las elecciones que aparecen marcadas 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 **en este momento** está indicada por la casilla marcada.
  - Quiero que mi hijo vuelva a casa o se traslade a un entorno comunitario.
  - Quiero que mi hijo permanezca en un establecimiento de enfermería y me opongo a que viva en casa o en un entorno comunitario.
  - Quiero que mi hijo permanezca en un establecimiento de enfermería por el momento, pero quiero superar los obstáculos que se han identificado para que en el futuro mi hijo pueda volver a casa o realizar la transición a un ámbito comunitario.

Certifico que la casilla marcada arriba es mi elección.

Firma del miembro/representante autorizado:

Fecha:

Aclaración en imprenta del nombre del miembro/representante autorizado:

**SECCIÓN 4: DECLARACIÓN DEL ADMINISTRADOR DE CASOS DEL PLAN**

Declaro que he proporcionado información detallada sobre todos los servicios de Medicaid disponibles para el miembro, incluidas las opciones de servicios domiciliarios y comunitarios de Medicaid y los beneficios ampliados relevantes del plan. Este formulario es preciso y está completo.

Firma del administrador de casos del plan:

Fecha:

Aclaración en imprenta del nombre del administrador de casos del plan:

<sup>1</sup> El 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:** Este formulario será completado y firmado por el miembro del plan (miembro/representante autorizado) y guardado en el expediente del plan del miembro.

# Instrucciones para la certificación de libertad de elección para niños en establecimientos de enfermería

Esta certificación de libertad de elección para niños en establecimientos de enfermería debe completarse antes de la admisión en un establecimiento de enfermería especializada o dentro de los siete (7) días de la inscripción inicial en el plan, lo que suceda primero, así como al menos cada seis meses a partir de entonces. El administrador de casos del plan revisará este formulario con el miembro del plan (afiliado) o el representante autorizado del miembro y obtendrá la firma del miembro o del representante autorizado del miembro en la certificación completada.

## Sección 1:

En el panel de información del miembro en la parte superior del formulario, ingrese la siguiente información del miembro:

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

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

- Nombre y apellido del representante en el campo de Representante autorizado
- Relación del representante con el miembro

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

## Sección 2:

El administrador de casos del plan describirá en lenguaje sencillo y en detalle todos los servicios de Medicaid disponibles para el miembro, incluidas las opciones de servicios domiciliarios y comunitarios de Medicaid y los beneficios ampliados del plan que correspondan. Marque la casilla correspondiente a cada servicio analizado.

## Sección 3:

El administrador de casos del plan explicará esta sección y permitirá que el miembro/representante autorizado indique su elección. Solicite la firma del miembro o del representante autorizado del miembro arriba de su nombre en letra de molde.

## Sección 4:

El administrador de casos del plan firmará y fechará la certificación y la incluirá en el expediente del miembro (afiliado) del plan. El miembro 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.



**AmeriHealth Caritas™**

**Florida**

---

### **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.