



# FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL

**COMPLETE ESTE FORMULARIO Y CORREO A:**  
Línea directa para el consumidor de Medicaid de Ohio  
505 South High Street, Suite 200  
Columbus, Ohio 43215  
o **FAX A:** (614) 280-0977  
**¿PREGUNTAS?** Llame al (800) 324-8680

Para inscribirse en un plan MyCare Ohio, debe tener **Medicare Parte A (seguro de hospital), Medicare Parte B (seguro médico) y Ohio Medicaid**

1. Elija el plan Medicare-Medicaid en el que desea inscribirse  
[Marque la casilla junto al plan en el que desea inscribirse.]

CareSource     United

2. Tu información  
[Por favor, rellene los espacios de abajo. Asegúrese de imprimir con claridad.]

Tu nombre [primero, medio, último]			
Número de teléfono:	Segundo número de teléfono:	Dirección de correo electrónico:	
Dirección de casa:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Condado:
Nombre del contacto de emergencia:		Número de teléfono de contacto de emergencia:	

3. Díganos dónde recibe habitualmente los servicios de salud:  
[Por favor imprime claramente.]

Nombre del proveedor de atención primaria, clínica o centro de salud
Número de teléfono del proveedor de atención primaria:

#### 4. Cuéntenos sobre su cobertura de Medicare y Medicaid:

Complete su información de Medicare y Medicaid a continuación. Puede encontrar esta información en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare, o en un aviso del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario. Además, ponga su número de identificación de Medicaid tal como aparece en el frente de su tarjeta.

Yo Quiero que MyCare Ohio proporcione **AMBOS** mis servicios de Medicaid y Medicare

Nombre: _____
Numero de Medicare _____
Sexo _____
<b>Tiene derecho a :</b> Effective Date [MM-DD-YYYY]
HOSPITAL (Parte A) _____
HOSPITAL (Parte B) _____

Número de identificación de Medicaid: _____
--

#### 5. Díganos cómo quiere recibir su atención

- Quiero MyCare Ohio provea **AMBOS** mis servicios Medicaid y Medicare.
- Quiero MyCare Ohio provea mis servicios de Medicaid **SOLAMENTE.**

## 6. Por favor lea y firme abajo

Cuando firma este formulario, significa que comprende lo siguiente:

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Los planes de MyCare Ohio tienen un contrato con el gobierno federal y con Ohio.</li><li>• Los servicios de salud que obtiene con su nuevo plan pueden ser diferentes a los servicios que tenía antes.</li><li>• Debo conservar la Parte A, la Parte B y el Medicaid de Ohio.</li><li>• Solo puedo estar en un plan de Medicare a la vez</li><li>• Al inscribirme en MyCare Ohio, finalizaré mi inscripción en otro plan de salud o de medicamentos recetados de Medicare</li><li>• Debo informar a Medicare y al Medicaid de Ohio sobre cualquier cobertura de medicamentos recetados que tenga o pueda tener.</li><li>• Si me mudo, necesito avisarle a mi asistente social del condado.</li><li>• Como miembro de MyCare Ohio, tengo derecho a apelar si no estoy de acuerdo con las decisiones de mi plan sobre pagos o servicios.</li><li>• Entiendo que el manual para miembros de mi plan MyCare Ohio incluye las reglas que debo seguir.</li><li>• MyCare Ohio generalmente no cubre a las personas mientras están fuera del estado, pero puede haber alguna cobertura limitada en la frontera del estado de Ohio.</li><li>• En la fecha en que comience mi cobertura, debo obtener mi atención médica de los proveedores de mi plan, excepto para atención de emergencia o de urgencia.</li><li>• Mi plan cubrirá mi atención médica con sus proveedores de la red y otros proveedores como se describe en su manual para miembros.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Si necesito ver a un proveedor u otro proveedor que no esté en la red de mi plan, es posible que necesite una autorización previa o que tenga que pagar de mi bolsillo los servicios que recibo.</li><li>• Al inscribirme en un plan MyCare Ohio, sé que mi plan puede compartir mi información con Medicare y Ohio Medicaid y otros planes según sea necesario para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica.</li><li>• Entiendo que los medicamentos recetados están cubiertos, pero no siempre los mismos que ya estoy tomando. Comprendo que tendré acceso a mis medicamentos actuales durante al menos 30 días, hasta que pueda cambiar a un medicamento diferente.</li><li>• Sé que mi plan MyCare Ohio puede compartir mi información, incluidos mis datos de eventos de medicamentos recetados, con Medicare y Ohio Medicaid. Pueden liberarlo para fines de investigación y otros propósitos, según lo permiten los estatutos y reglamentos federales.</li><li>• La información en este formulario es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono intencionalmente información falsa en este formulario, se me dará de baja de MyCare Ohio</li><li>• Mi firma (o la firma de mi representante autorizado) en este formulario significa que he leído y comprendido este formulario. Si el representante autorizado firma, la firma de la persona significa que él o ella está autorizado por la ley estatal para completar esta inscripción, y la documentación de esta autoridad está disponible a solicitud de Medicare y / o Medicaid de Ohio.</li></ul> |
|--|--|

Tu Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Información acerca de su representante autorizado, en su caso**

Si usted es el representante autorizado, debe proporcionar la siguiente información, firma y fecha a continuación

Nombre: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Numero de telefono: \_\_\_\_\_

Relación a persona con Medicare y Medicaid: \_\_\_\_\_

Si necesita más información, tiene preguntas o necesita ayuda con este formulario, como una traducción, llame a la línea directa para el consumidor de Ohio Medicaid al (800) 324-8680, de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 8:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., o visite [www.ohiomh.com](http://www.ohiomh.com).

## **Aviso de no discriminación**

El Departamento de Medicaid de Ohio cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. El Departamento de Medicaid de Ohio no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

El Departamento de Medicaid de Ohio:

Proporciona ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para comunicarse de manera efectiva con nosotros, como:

- Intérpretes de lenguaje de señas cualificados.
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
  - Intérpretes cualificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con la línea directa para el consumidor de Medicaid de Ohio al 800-324-8680.

Si cree que el Departamento de Medicaid de Ohio no ha brindado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante

Ohio Department of Medicaid  
P.O. Box 182709  
Columbus, Ohio 43218-2709  
614-466-4693

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf> o por correo o por teléfono a: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos 200 Independence Avenue SW. Sala 509F, edificio HHH Washington, DC 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: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-324-8680.

Spanish: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-324-8680.

Chinese: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請電 1-800-324-8680。

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-324-8680.

Arabic: اذانتك ثدحتت ركذا ةغلا، نإف تامدخ ةدعاسملا ةيوغلا رفاوتت كل ناجملا ب . لصتا مقرب . 1-800-324-8680.

Pennsylvanian Dutch: Wann du Deitsch (Pennsylvania Dutch) schwetzscht, kannscht du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch. Ruf selli Nummer uff: 1-800-324-8680.

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-324-8680.

French: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-324-8680.

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-324-8680.

Cushite (Oromo): XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattan Oroomiffa yoo ta'e tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argattu. Bilbilaa 1-800-324-8680.

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-324-8680 번으로 전화해 주십시오.

Italian: ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-324-8680.

Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の通訳サービスをご利用いただけます。1-800-324-8680まで、お電話にてご連絡ください

Dutch: AANDACHT: Als u Nederlands spreekt, kunt u gratis gebruikmaken van de taalkundige diensten. Bel 1-800-324-8680.

Ukrainian: УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-800-324-8680.

Romanian: ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-800-324-8680.

Somali: OGAYSIIIN: Haddii aad ku hadasho Soomali, adeegyada gargaarka luqada, oo bilaasha , ayaad heli kartaa. Wac 1-800-324-8680.

Nepali: ध्यान दिनुहोस्: यदि तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छन् । 1-800-324-8680 मा फोन गर्नुहोस् ।