



CERTIFICACIÓN DE LIBERTAD DE ELECCIÓN

PARA EL PROGRAMA ESTATAL DE ATENCIÓN ADMINISTRADA DE MEDICAID (SMMC) DE FLORIDA

Nombre del inscrito: _____ Representante autorizado¹: _____

Número de identificación de Medicaid: _____ Relación con el inscrito: _____

Fecha de nacimiento del inscrito: _____

- ¿El inscrito o su representante autorizado han recibido información sobre el complemento completo de servicios de Medicaid disponibles para el inscrito, incluidas las opciones de servicios de Medicaid basados en el hogar y la comunidad (si corresponde)? ☐ Sí ☐ No
- Si recibe servicios en un centro de enfermería, ¿el inscrito o su representante autorizado se oponen a la transición del inscrito a la comunidad? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, explique: _____

CERTIFICACIÓN DE LIBERTAD DE ELECCIÓN:

1. Mi firma en este formulario certifica que lo he leído o que me lo han leído, y que entiendo su contenido. Entiendo que, al firmar este formulario, estoy de acuerdo con la opción marcada a continuación. También entiendo que, si cambio de opinión y deseo tomar otra decisión, mi administrador de casos del plan me proporcionará otro formulario para indicar mi nueva elección.
2. Mi elección se indica con la casilla marcada.
 - ☐ Quiero recibir servicios en la comunidad.
 - ☐ Quiero vivir en un centro de enfermería (si existe una necesidad evaluada).

Yo, _____ (inscrito/representante autorizado) acepto que el administrador de casos dé fe de mi elección especificada en este formulario.

Firma del inscrito/representante autorizado

Fecha

Nombre en letra de imprenta del inscrito/representante autorizado

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

Nombre en letra de imprenta del administrador de casos del plan: _____

¹ El representante autorizado debe determinarse de conformidad con las leyes federales y estatales correspondientes (incluidas, entre otras, la parte 435 del título 42 del Código de Regulaciones Federales [CFR] y los capítulos 709, 744 y 765 de los estatutos de la Florida).

NOTA: El miembro del plan (inscrito/representante autorizado) deberá llenar y firmar el formulario de certificación original y este se debe conservar en el expediente del plan del miembro.

INSTRUCCIONES PARA LA CERTIFICACIÓN DE LIBERTAD DE ELECCIÓN

En un plazo de siete (7) días a partir de la inscripción inicial y, a partir de entonces, al menos una vez al año, el administrador de casos del plan revisará la Certificación de libertad de elección con el miembro del plan (inscrito) y obtendrá la firma del inscrito en la certificación llena.

En el panel de información del inscrito, en la parte superior del formulario, ingrese esta información del inscrito:

- Nombre y apellido en el campo “Nombre del inscrito”.
- Número de identificación (ID) de Medicaid.
- Fecha de nacimiento (DOB).

Si el inscrito tiene un representante autorizado, proporcione lo siguiente:

- Nombre y apellido del representante en el campo “Representante autorizado”.
- Relación del representante con el inscrito.

Si el inscrito no tiene un representante autorizado, ingrese “N/C” en los campos “Representante autorizado” y “Relación con el inscrito”.

Determine si el inscrito o su representante autorizado tienen lo siguiente:

- Recibió información sobre los servicios de Medicaid disponibles para el inscrito en la comunidad.
- Cualquier oposición a la transición del inscrito a la comunidad.

Si el inscrito o el representante autorizado responden que no se ha recibido información sobre los servicios de Medicaid disponibles en la comunidad, entonces revise las descripciones de los servicios en el hogar y en la comunidad y las opciones para recibir servicios de Medicaid en la comunidad (según corresponda) con el inscrito antes de llenar la Certificación de libertad de elección.

Solicite que el inscrito o su representante autorizado lean y revisen la Certificación de libertad de elección e indiquen la elección del inscrito para recibir los servicios de Medicaid.

Obtenga la firma del inscrito o de su representante autorizado encima de su nombre en letra de imprenta.

Después de que el inscrito/representante autorizado acuerden permitir que el administrador de casos declare la elección indicada por el inscrito/representante autorizado, el administrador de casos del plan firmará y fechará el formulario de certificación y lo colocará en el expediente del plan del miembro (inscrito).

Se proporcionará una copia de la certificación llena y firmada al inscrito/representante autorizado mediante entrega personal o correo postal en el transcurso de los cinco (5) días hábiles después de la fecha de certificación.

Please note: If you have a disability and need more help, we can help you. If you need someone that speaks your language, we can also help. You may call our Member Services Department at (866) 472-4585 for more help from 8:00 am to 7:00 pm. If you are blind or have trouble hearing or communicating, please call 711 for TTY/TTD services. We can help you get the information you need in large print, audio (sound), and braille. We provide you with these services for free.

Tenga en cuenta lo siguiente: si tiene una discapacidad y necesita más ayuda, podemos ayudarlo. También podemos ayudarlo si necesita a alguien que hable en su idioma. Para obtener más ayuda, puede llamar a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al (866) 472-4585, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Si es ciego o tiene problemas de audición o comunicación, llame al 711 para acceder a servicios de TTY/TDD. Podemos ayudarlo a obtener la información que necesita en letra de molde grande, audio (sonido) y en sistema Braille. Estos servicios son gratuitos.

Remake: Si ou gen yon andikap epi ou bezwen plis èd, nou kapab ede w. Si ou bezwen yon moun ki pale lang ou an, nou kapab ede w tou. Ou gendwa rele Depatman Sèvis Manm nou an nan (866) 472-4585 pou jwenn plis èd soti 8è:00 a.m. rive 7è:00 p.m. Si ou avèg oswa ou gen difikilte pou tandè oswa pou kominike, tanpri rele 711 pou sèvis TTY/TTD yo. Nou kapab ede w jwenn enfòmasyon ou bezwen an gwo karaktè, odyo (son) ak an Bray. N ap ba w sèvis sa yo pou gratis.

Xin lưu ý: Nếu quý vị là người khuyết tật và cần thêm trợ giúp, chúng tôi có thể giúp quý vị. Nếu quý vị cần người có thể nói ngôn ngữ của quý vị, chúng tôi cũng có thể giúp. Quý vị có thể gọi cho Bộ phận Dịch vụ thành viên của chúng tôi theo số (866) 472-4585 để được trợ giúp thêm từ 8:00 am đến 7:00 pm. Nếu quý vị bị mù hoặc có vấn đề về thính giác hoặc giao tiếp, vui lòng gọi 711 cho dịch vụ TTY/TTD. Chúng tôi có thể giúp quý vị nhận thông tin quý vị cần bằng bảng chữ in lớn, âm thanh và chữ nổi Braille. Chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ này cho quý vị.

Aviso de no discriminación

Molina Healthcare of Florida, Inc.



Medicaid

La discriminación es ilegal. Molina Healthcare of Florida, Inc. (Molina) cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad ni sexo. Molina no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Molina:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables, asistencia y servicios auxiliares adecuados y gratuitos para comunicarse de manera efectiva con nosotros, tales como:
 - Intérpretes calificados en lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra de molde grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Provides free language assistance services to people whose primary language is not English, which may include:
 - Intérpretes calificados en lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra de molde grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares apropiados o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con Servicios para Miembros de Molina al (866) 472-4585 (TTY: 711).

Si considera que Molina no ha logrado brindar estos servicios o ha discriminado de cualquier otro modo con base en raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

Civil Rights Coordinator
200 Oceangate
Long Beach, CA 90802
Phone: (866) 472-4585 (TTY: 711) | Fax: (877) 508-5738
Email: civil.rights@molinahealthcare.com

Puede presentar una queja en persona, o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Servicio para Miembros de Molina está disponible para ayudarlo. Puede obtener nuestro procedimiento de quejas en nuestro sitio web:

<https://www.molinahealthcare.com/members/common/es-US/Notice-of-Nondiscrimination.aspx>

También puede presentar una demanda de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. de manera electrónica a través del Portal de Demandas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Igualmente, lo puede hacer por correo o teléfono utilizando la siguiente información:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Phone: (800) 368-1019 (TDD: (800) 537-7697)

Los formularios de demanda están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Comunicado de No Discriminación – Artículo 1557

Molina Healthcare of Florida, Inc.

English	ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call (866) 472-4585 (TTY: 711).
Spanish	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (866) 472-4585 (TTY: 711).
French Creole (Haitian Creole)	ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele (866) 472-4585 (TTY: 711).
Vietnamese	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số (866) 472-4585 (TTY: 711).
Portuguese	ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para (866) 472-4585 (TTY: 711).
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。請致電 (866) 472-4585 (TTY: 711)。
French	ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le (866) 472-4585 (TTY: 711).
Tagalog	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa (866) 472-4585 (TTY: 711).
Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните (866) 472-4585 (телетайп: 711).
Arabic	تظوملح: اذإ تكذ ركذا ثندحتت غةللا، نإف تامدخ ةداعسملا ةتيوغللا رفاوتت ناجملاب لك. لتصا مقرب (866) 472-4585 (مقر فتاه مصلا مكبلأو: 711).
Italian	ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero (866) 472-4585 (TTY: 711).
German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: (866) 472-4585 (TTY: 711).
Korean	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. (866) 472-4585 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.
Polish	UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer (866) 472-4585 (TTY: 711).
Gujarati	સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિઃશુલ્ક ઇલા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો (866) 472-4585 (TTY: 711).
Thai	เรียน: ถาคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถไ้ขอการช่วยเหลือทางภาษาไดฟรี โทร (866) 472-4585 (TTY: 711).