



DEZIYASYON POU REPREZANTAN KE YO OTORIZE POU SELEKSYON PLAN SWEN ADMINISTRE A

Enfòmasyon Moun kap resevwa a

Siyati: _____ Non: _____ Prenon
Inisyal: _____

Medicaid ID Moun kap resevwa a: _____ Dat nesans: _____

Mwen ta renmen deziyen moun ki anba a kòm reprezantan kem otorize nan bi pou chwazi plan swen administre mwen an avèk Ajans lan. Mwen konprann kèk nan enfòmasyon sante pwoteje mwen ta ka diskite nan pwosesis seleksyon sa a.

Mwen byen konprann ke deziyasyon sa a nan reprezantasyon otorize ap sèlman pèmèt Reprezantan mwen an pran desizyon swen sante pou chwazi plan swen administre mwen an.

Mwen konprann tou ke lè mwen siyen epi soumèt fòm sa a, nenpòt ki fòm reprezantan otorize ke yo te soumèt avan yo p ap valab epi yo paka itilize yo pou chwazi yon plan swen administre.

Deziyasyon an pral ekspire nan yon ane oswa nan dat sa a: _____

Reprezantan: _____
(Non an lèt)

Adrès: _____

Telefòn: _____

Nimewo ID Gouvènman an: _____
(Egzanp: Lisans chofè, Paspò, Green Card, elatriye ...)

Dènye 5 chif Sekirite Sosyal #: _____

Li pa obligatwa pou bay Nimewo Sekirite Sosyal la. Si yo bay li, Ajans lan pral itilize enfòmasyon sa a pou konfime idantite a. Otorite ke 42 CFR 435.910 bay.

Resipyan:

Temwen:

(Non an lèt)

(Non an lèt)

(Siyati)

(Siyati)

Dat: _____

Dat: _____

Relasyon ak Resipyan an: _____

Fòm Enstriksyon

Enfòmasyon sou moun k ap resevwa:

Siyati: Ekri siyati legal moun k ap resevwa a.

Non: Ekri non legal moun k ap resevwa a.

Dezyèm Non: Antre premye lèt dezyèm non legal moun k ap resevwa a.

Medicaid ID Moun kap resevwa a: Ekri Medicaid ID Moun kap resevwa a

Dat nesans Moun kap resevwa a: Ekri dat nesans Moun kap resevwa a

Enfòmasyon Repezantan a:

Repezantan: Ekri non legal repezantan an.

Adrès: Ekri adrès postal repezantan an.

Nimewo ID Gouvènman an bay la: Ekri Nimewo ID Repezantan ke Gouvènman an bay la.

(Si repezantan an pa gen yon Kat Idantite Gouvènman an, ebyen yo ta dwe kontinye ak pwochen etap la.)

5 dènye # Sekirite Sosyal: Ekri 5 dènye # Sekirite Sosyal repezantan yo.

Enskriksyon final:

Moun k ap resevwa a ak temwen an dwe siyen fòm lan epi li dwe gen dat la epi soumèt li avèk youn nan metòd ki anba yo.

Email	Fax	Mail
flenrollmentrequest@automated-health.com	(850) 402-4678	Agency for Health Care Administration P.O. Box 5197 Tallahassee, FL 32314

Mwen konprann: Mwen gen dwa anile otorizasyon sa a lèm siyen bay Ajans lan. Nenpòt enfòmasyon ki deja divilge pa ta sijè a anile demann lan. Enfòmasyon ki diskite pandan seleksyon plan an ta ka divilge pa moun ke mwen otorize a ak li pa pwoteje ankò. Mwen pa bezwen siyen otorizasyon sa a. Si mwen pa siyen, kapasite mwen pou jwenn tretman, peman pou sèvis swen sante oswa kalifikasyon pou benefis pa pral afekte.