



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.