



# Formulario de inscripción

Use este formulario para cambiar la opción de cuidados de salud y el PCP de cada persona anotada. O inscríbese por internet, usando la aplicación para teléfono móvil (celular) o por teléfono.



0000332948HP

PATRICIA A. GARCÍA  
1234 ANY MAIN STREET  
RALEIGH, NC 27603-1000

## MUESTRA

### Cambie su opción de cuidados de salud de una de estas maneras:

1. Vaya a [ncmedicaidplans.gov/es](http://ncmedicaidplans.gov/es).
2. Use la aplicación para teléfono móvil (celular) gratuita de NC Medicaid Managed Care.
3. Llámenos gratis al **1-833-870-5500** (número de TTY: 711 o RelayNC.com).
4. Llene este formulario y envíelo por correo a nuestras oficinas en el sobre incluido. O por fax al 1-833-898-9655.

<b>Persona 1</b>	PATRICIA A. GARCÍA, 02/16/1985	Nº de identificación: <b>XXX-XX-XXXX</b>
<p>► <b>Elija una opción de cuidados de salud.</b></p> <p> <input type="checkbox"/> WellCare                                      <input type="checkbox"/> HealthyBlue                                      <input type="checkbox"/> Carolina Complete Health  <input type="checkbox"/> UnitedHealthcare Community Plan    <input type="checkbox"/> AmeriHealth Caritas         </p>		
<p>► <b>Elija un proveedor personal (PCP).</b> Asegúrese de que el PCP esté en la opción de cuidados de salud que usted elija.</p>		
Nombre y apellido del PCP o nombre de la organización		Nº de teléfono del PCP (opcional) (       )
Dirección del PCP (calle, ciudad, estado, código postal)		
<b>Persona 2</b>		Nº de identificación:
<p>► <b>Elija una opción de cuidados de salud.</b></p>		
<p>► <b>Elija un proveedor personal (PCP).</b> Asegúrese de que el PCP esté en la opción de cuidados de salud que usted elija.</p>		
Nombre y apellido del PCP o nombre de la organización		Nº de teléfono del PCP (opcional) (       )
Dirección del PCP (calle, ciudad, estado, código postal)		
<b>Persona 3</b>		Nº de identificación:
<p>► <b>Elija una opción de cuidados de salud.</b></p>		
<p>► <b>Elija un proveedor personal (PCP).</b> Asegúrese de que el PCP esté en la opción de cuidados de salud que usted elija.</p>		
Nombre y apellido del PCP o nombre de la organización		Nº de teléfono del PCP (opcional) (       )
Dirección del PCP (calle, ciudad, estado, código postal)		

**¿Alguna pregunta?** Vaya a [ncmedicaidplans.gov/es](http://ncmedicaidplans.gov/es). O llámenos gratis al **1-833-870-5500** (número de TTY: 711 o RelayNC.com). Podemos hablar con usted en otros idiomas.

Puede obtener ayudas y servicios auxiliares gratuitos, incluida información en otros idiomas o formatos como letra grande o audio. Llámenos gratis al **1-833-870-5500**.

<b>Persona 4</b>	Nº de identificación:
▶ <b>Elija una opción de cuidados de salud.</b>	
▶ <b>Elija un proveedor personal (PCP).</b> Asegúrese de que el PCP esté en la opción de cuidados de salud que usted elija.	
Nombre y apellido del PCP o nombre de la organización	Nº de teléfono del PCP (opcional) (      )
Dirección del PCP (calle, ciudad, estado, código postal)	
<b>Persona 5</b>	Nº de identificación:
▶ <b>Elija una opción de cuidados de salud.</b>	
▶ <b>Elija un proveedor personal (PCP).</b> Asegúrese de que el PCP esté en la opción de cuidados de salud que usted elija.	
Nombre y apellido del PCP o nombre de la organización	Nº de teléfono del PCP (opcional) (      )
Dirección del PCP (calle, ciudad, estado, código postal)	
<b>Persona 6</b>	Nº de identificación:
▶ <b>Elija una opción de cuidados de salud.</b>	
▶ <b>Elija un proveedor personal (PCP).</b> Asegúrese de que el PCP esté en la opción de cuidados de salud que usted elija.	
Nombre y apellido del PCP o nombre de la organización	Nº de teléfono del PCP (opcional) (      )
Dirección del PCP (calle, ciudad, estado, código postal)	

**Si un miembro de Medicaid no está anotado en este Formulario de inscripción:**

- Llámenos gratis al **1-833-870-5500** (número de TTY: 711 o RelayNC.com) o,
- Escriba el nombre y número de identificación del miembro en este formulario. Luego elija la opción de cuidados de salud y el proveedor personal (PCP) del miembro.

<b>Firme y escriba la fecha</b>	
▶ <b>El jefe de la familia o tutor</b> firma aquí	Fecha
▶ <b>Representante autorizado</b> Si usted es un representante autorizado para este hogar, llene esta sección y firme abajo.	
Nombre del representante autorizado	Nº de teléfono (      )
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)	
▶ El representante autorizado firma aquí	Fecha