NC DEPARTMENT OF
**HEALTH AND HUMAN SERVICES**
Division of Health Benefits

# Formulario de inscripción

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

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

1. Vaya a 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.

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

**MUESTRA**

| **Persona 1** | **PATRICIA A. GARCÍA, 02/16/1985** | Nº de identificación: **XXX-XX-XXXX** |
|---|---|---|
| ▶ **Elija una opción de cuidados de salud.** ☐ UnitedHealthcare Community Plan ☐ AmeriHealth Caritas ☐ Carolina Complete Health ☐ HealthyBlue | | |
| ▶ **Elija un proveedor personal (PCP).** 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) | | |
| **Persona 2** | | Nº de identificación: |
| ▶ **Elija una opción de cuidados de salud.** | | |
| ▶ **Elija un proveedor personal (PCP).** 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) | | |
| **Persona 3** | | Nº de identificación: |
| ▶ **Elija una opción de cuidados de salud.** | | |
| ▶ **Elija un proveedor personal (PCP).** 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) | | |

**¿Alguna pregunta?** Vaya a 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**.

SAMPLE

| **Persona 4** | Nº de identificación: |
|---|---|
| ▶ **Elija una opción de cuidados de salud.** | |
| ▶ **Elija un proveedor personal (PCP).** 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)<br>(  ) |
| Dirección del PCP (calle, ciudad, estado, código postal) | |

| **Persona 5** | Nº de identificación: |
|---|---|
| ▶ **Elija una opción de cuidados de salud.** | |
| ▶ **Elija un proveedor personal (PCP).** 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)<br>(  ) |
| Dirección del PCP (calle, ciudad, estado, código postal) | |

| **Persona 6** | Nº de identificación: |
|---|---|
| ▶ **Elija una opción de cuidados de salud.** | |
| ▶ **Elija un proveedor personal (PCP).** 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)<br>(  ) |
| 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.

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

SAMPLE