

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) ()
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) ()
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) ()
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 ()
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)	
▶ El representante autorizado firma aquí	Fecha