



NORTH CAROLINA
DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
Division of Health Benefits

FORMULARIO DE DECLARACIÓN DEL EMBAJADOR DE NC MEDICAID

La División de Beneficios de Salud de NC Medicaid del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte requiere que todas las organizaciones que promueven la participación de colaboradores comunitarios en la Iniciativa de Embajadores de Medicaid acrediten el cumplimiento de los siguientes requisitos. Cada organización que apoye a una o más personas para convertirse en embajadores debe completar este formulario. **Sólo se requiere un formulario por organización.**

Como organización que actúa como socio comunitario de confianza, atestiguamos que nuestros embajadores recomendados:

- Saben dónde encontrar información sobre la elegibilidad para Medicaid, la expansión de Medicaid y cómo solicitarla.
- Comprenden la navegación de ePASS y han visto el video que muestra como navegar ePASS.
- Pondrán en contacto a las personas a las que atienden con un navegador o con el Departamento de Servicios Sociales local dependiendo en sus necesidades.
- Van a referir todas las preguntas relacionadas con la elegibilidad para Medicaid al Departamento de Servicios Sociales local y no hablarás sobre los requisitos de elegibilidad.
- No recopilarán, ni solicitarán información personal identificable, ni información médica protegida.
- Pueden brindar ayuda en la navegación a alguien que complete una solicitud de Medicaid en ePASS, pero no completarán la solicitud por esa persona.
- Están obligados por las leyes de confidencialidad reguladas a nivel estatal/federal, o han firmado un acuerdo de confidencialidad con su organización.
- Entienden que el DHHS de Carolina del Norte publicará la información facilitada en el [nombre del cuestionario] (por ejemplo, ubicación, información de contacto, idiomas hablados) en su sitio web para que los solicitantes interesados puedan acceder a la ayuda.

Al firmar a continuación, doy fe en tener autoridad para actuar como representante de mi organización, comprendo la función de un Embajador de NC Medicaid, recomiendo a las personas mencionadas abajo para que se conviertan en Embajadores de Medicaid con el apoyo de mi organización y doy fe de todas las declaraciones anteriores en nombre de las personas recomendadas y de mi organización.

Nombre del representante:

Función/título del representante:

Nombre de la organización:

Lista del condado(s) a los que atiende:

Número de teléfono de la organización:

¿Qué idiomas apoyan?

Dirección de la organización:

¿Hay servicios sin cita previa?

Firma:

Fecha:

Nombre del embajador o embajadores recomendados:

Envía este formulario completado por correo electrónico a Medicaid.NCEnagement@dhhs.nc.gov.