



# Formulario de inscripción

Usted puede usar este formulario para elegir o cambiar la opción de cuidados de salud y el PCP de cada persona.



0000332948HP

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

## MUESTRA

**Elija o cambie su opción de cuidados de salud de una de estas maneras:**

1. Llámenos gratis al **1-833-870-5500** (número de TTY: 711 o RelayNC.com).
2. 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>	Nº de identificación:
▶ <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)	
¿Usted quiere este PCP para todas las personas anotadas en este formulario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
▶ <b>Elija una opción de cuidados de salud.</b>	
<b>Persona 2</b>	Nº de identificación:
▶ <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>Elija una opción de cuidados de salud.</b>	
<b>Persona 3</b>	Nº de identificación:
▶ <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>Elija una opción de cuidados de salud.</b>	

**¿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 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>Elija una opción de cuidados de salud.</b>	
<b>Persona 5</b>	Nº de identificación:
▶ <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>Elija una opción de cuidados de salud.</b>	
<b>Persona 6</b>	Nº de identificación:
▶ <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>Elija una opción de cuidados de salud.</b>	

**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 el proveedor personal (PCP) y la opción de cuidados de salud.

**Firme y escriba la fecha**

▶ <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