

BERGEN COUNTY BOARD OF SOCIAL SERVICES

216 ROUTE 17 NORTH
ROCHELLE PARK, NJ 07662-3300
www.bcbss.com

TEL. (201) 368-4200



FAX (201) 368-8710

Para cambiar su HMO de Medicaid, por favor complete el formulario adjunto y envíelo a:

Por Fax

Ms. Sharronda Thompson
NJ FamilyCare
609-631-6450

Por Correo

Ms. Sharronda Thompson
NJ FamilyCare
100 Hamilton Plaza, Suite 400
Paterson, NJ 07505

También puede cambiar su HMO de Medicaid por Teléfono:

Por Teléfono

Lunes a Viernes • 8:00 AM to 4:30 PM • 1-866-411-7782

Para cualquier pregunta, puede comunicarse con la Sra. Sharronda Thompson al 609-631-6447.

CONDADO: _____



Expected Enrollment Date: _____

(Para uso internal solamente)

FORMULARIO PARA LA SELECCIÓN DE PLAN HMO



1. Por favor proporcione la siguiente información

No. de NJ FamilyCare: _____

Jefe de la familia: _____

Dirección: _____

No. de Seguro Social: _____

Numero de teléfono de jefe de familia: _____

Idioma que habla: _____

Ciudad/Estado/Codigo Postal: _____

Miembros de la familia recibiendo asistencia:				Número de cuenta
Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento	Sexo	de Seguro Social

2. Información del Guardián te (If Applicable)

Persona autorizada (Guardián te).

Nombre	Dirección	Número de teléfono de persona autorizada

3. Escoja su plan de salud

Por favor escribe en el espacio proporcionado el nombre del HMO de su elección. *Por favor vea la lista anexa para ver los HMOs disponibles en su área.*



- Americaid Community Care AmeriChoice of NJ
- Horizon/Mercy – BC/BS of NJ University Health Plans

4. Firme su formulario de elección de plan HMO.

Please sign and date below. *Por favor firme debajo y ponga la fecha. Antes de firmar lea la declaración de entendimiento en el otro lado. Al firmar debajo usted indica que ha leído y entendido ambos lados de este formulario, y que nos autoriza a proporcionarle a su prestador de atención toda la información que aquí se incluye, así como la de la entrevista (por teléfono o en persona).*



Firma (Relación con la familia)	Fecha	Testigo

5. Si necesitamos ponernos en contacto con usted ... Por favor proporcione un número telefónico al que podremos llamarle durante el día en caso que necesitemos hablar con usted acerca de su elección.

Condigo de area Teléfono

() _____

6. Siguiente paso: Si no ha hablado con el HMO que le corresponde, llame ahora mismo cuando reciba su tarjeta de identificación. Consulte su folleto de HMO para ver el número telefónico gratuito de Servicio a Miembros.

HBC CONSERVA LA HOJA BLANCA, HMO CONSERVA LA AMARILLA Y EL CLIENTE LA ROSA.

Perfil del Solicitante



Por favor complete la información lo mas posible. Esta información ayudara a la HMO saber el cuidado de salud que necesita.

Part A

1 Liste su presente doctor personal.

Miembro Familiar (incluyendose usted)	Doctor Personal	Ciudad donde el doctor esta localizado

2 Liste otro especialista que tambien la trata.

Miembro Familiar (incluyendose usted)	Información del especialista	Specialista
	Nombre	
	Dirección	
	Ciudad, Estado,Codigo Postal	
	Teléfono	
	Nombre	
	Dirección	
	Ciudad, Estado, Codigo Postal	
	Teléfono	
	Nombre	
	Dirección	
	Ciudad, Estado, Codigo Postal	
	Teléfono	

3 Problemas de médico (marue todo que aplique)

- | | | | |
|--|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Corazon | <input type="checkbox"/> Problemas Urinarios | <input type="checkbox"/> Paralitico | <input type="checkbox"/> Problemas Digestivos |
| <input type="checkbox"/> Ala Presion | <input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Desarrollo Retrassar |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Contagiosa | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Epilepcia | <input type="checkbox"/> Perdida de Audicion |
| <input type="checkbox"/> Perdida de Memoria | <input type="checkbox"/> Sangrando | <input type="checkbox"/> Diabetis | |
| <input type="checkbox"/> Otros _____ | | | |

4 Liste Diagnostico _____

5 Tratamiento para presnte problemas medicos/Diagnostico

6 Presente medicina que usa

7a Usted (o alguien en su familia) a sido hospitalizado o asistido al salon de emergencia en los ultimos 12 meses?
 Sí No

7b Si es sí, cuantas veces? _____ Donde? _____

7c Usted (o alguien en su familia) va a tener cirugia en los proximos 3 meses? Sí No

7d Usted (o alguien en su familia) esta embarazada? Sí No

Si es sí, fecha de nacimiento? _____



8. Donde usted vive?

NOMBRE	Casa	Organizacion Comunitaria	Otros
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

9. Por favor indique usted (o algún miembro familiar) es que este discapacitado.

NOMBRE	Vision	Audicion	Movilidad	Comunicacion	Comportamiento	Juicio	Memoria	Otros
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

10. Por favor indique cualquier duradero equipo médico que usted (o alguien en su familia) usa.

NOMBRE	Discontinente Dispositivo	Equipo de Ostoma	Equipo Diabetico	Equipo de Cateter
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOMBRE	Aspirante de Oxigeno	Monitores	Silla de ruedas	Protesis	Muletas, Andador, Baston	Otros
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

11. Tratamiento procedido actualmente usado.

NOMBRE	Tubo de alimentacion	Cateter	Traquia Oxigenar	Ventilador	Cuidado Preventivo	Otros
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

12. Marque todo programa (o alguien en su familia) actualmente participa o recibe.

NOMBRE	Cuido en domicilio	Asistencia de cuidado personal	ADDP	DDD	DYFS	Otros
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

13. Cuidado Mental/Usos de Servicios de sustancias abusivas

NOMBRE	Nombre del Proveedor

14. Acomodación: Usted (o alguien en su familia) necesita especial acomodación? (ejemplo: Transportación, traductor por personas con problemas de audición o por lenguaje, hablado otro de inglés.) No Sí

NOMBRE	No	Sí	Si es sí, por favor indique tipo y frecuencia.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

DECLARACION DE ENTENDIMIENTO

1. Entiendo que para ser elegible para Medicaid tengo que inscribir a mi(s) hijo(s) en un plan controlado de atención médica (HMO). La inscripción a un plan controlado de atención-médica es un proceso separado del de ser elegible para NJ FamilyCare, y que puede haber una demora de 30 a 45 días entre la solicitud del plan controlado de atención médica y la fecha efectiva de inscripción a un HMO. Yo estoy escogiendo inscribirme en la Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) seleccionada en el otro lado de este formulario.
2. Entiendo que la inscripción a un HMO implica que hay ciertos límites en cuanto a cuándo y cómo puede recibir servicios de atención médica bajo el plan de Medicaid (NJ FamilyCare.)
3. Entiendo que, a menos que tenga una emergencia médica, debo llamar a mi médico personal para cualquier atención médica.
4. Entiendo que en caso de emergencia debo llamar a mi médico personal o a HMO tan pronto sea posible.
5. Entiendo que el recibir servicios de atención médica sin la aprobación de mi médico personal o de HMO puede resultar en la negación de pago por parte de HMO; puede resultar en que me cobren la cuenta del servicio no aprobado y que NJ FamilyCare no pague el servicio o la consulta no aprobada.
6. Entiendo que debo llamar a mi médico personal en cualquier momento para pedir consejo, atención o referencia médicas si alguien de mi familia se enferma o se lesiona.
7. Entiendo que cualquier hijo que tenga mientras estoy inscrito como miembro de un HMO estará automáticamente registrado en ese HMO desde su nacimiento. También entiendo que es mi responsabilidad notificar al Programa NJ FamilyCare cualquier nacimiento que ocurra en mi familia mientras soy miembro.
8. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a HMO y a NJ FamilyCare cualquier cambio en el número de miembros de mi familia.
9. Entiendo que debo notificar al Coordinador de Beneficios de Salud si me cambio de domicilio para así asegurar que mi plan de salud sigue en pie o para escoger otro.
10. Entiendo que debo asistir, a las consultas programadas o que debo notificar al consultorio de mi médico que no podré asistir.
11. Entiendo que puedo cambiar HMOs y que puedo pedirle ayuda a un Coordinador de Beneficios de Salud.
12. Entiendo que si cambio HMOs mi elegibilidad para NJ FamilyCare no cambiará.
13. Entiendo que puedo obtener una exención al escoger un HMO y que puedo pedirle ayuda a un Coordinador de Beneficios de Salud (Solamente Plan A.)
14. Entiendo que debo seguir las reglas de NJ FamilyCare para conservar mi elegibilidad para este programa.
15. Autorizo la divulgación legal de mi historial médico y registros de atención médica, así como los de mi familia a cualquier persona que nos proporcione atención médica mientras yo sea un miembro de este plan.
16. Entiendo que toda la información es confidencial.
17. Yo por este medio quiero informar que le estoy dando el permiso a cualquier persona que gestione la historia médica de mi familia y yo a la nueva HMO que proveera o coordinara la salud por mi' y de mi familia al extremo de la ley después que sea miembro de esta HMO.
18. Yo por este medio quiero informar que le estoy dando el permiso a mi plan anterior que comparta la historia médica de mi familia y yo a la nueva HMO que proveera o coordinara la salud por mi y de mi familia al extremo de la ley después que sea miembro de esta nueva HMO.
19. Yo por este medio quiero informar que le estoy autorizando al Departamento de Servicios Humanos que compartan la historia médica de mi familia y mía con el propósito de estar controlando al proveedor de cuidado de mi y mi familia después que estemos beneficiados por el programa de Medicaid/NJ FamilyCare.

AL FIRMAR LA PARTE FRONTAL DE ESTE FORMULARIO, ESTOY VERIFICANDO QUE ME LEÍDO Y ENTENDIDO ESTA DECLARACIÓN SI TIENE ALGUNA PREGUNTA, LLAME AL COORDINADOR DE LOS BENEFICIOS DE SALUD AL 201-368-4200 (201-368-4361 - TTY PARA, LQS. SORDOS.)