



**CERTIFICACIÓN DE LIBRE SELECCIÓN
PARA EL PROGRAMA ESTATAL DE MEDICAID DE CUIDADO DE SALUD ADMINISTRADO
(SMMC, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)**

Afiliado o nombre del hijo: _____
Número de ID de Medicaid: _____
Fecha de nacimiento del afiliado: _____

Representante autorizado: _____
Parentesco con el afiliado: _____
Padre/tutor legal: _____

- ¿Ha recibido el afiliado o el representante autorizado información sobre los servicios de Medicaid en el hogar o servicios basados en la comunidad disponibles al afiliado en la comunidad? Sí No N/A
- ¿Ha recibido el padre/tutor legal información sobre la totalidad de servicios de Medicaid disponibles para la familia/niños en la comunidad? Sí No N/A
- ¿Está el afiliado o su representante legal o el padre/tutor legal en contra de la transición del afiliado a la comunidad (o de mantener al afiliado en la comunidad)? Sí No No se puede hacer la transición en este momento.

CERTIFICACIÓN DE LIBRE SELECCIÓN:

| Afiliados de cuidado prolongado (LTC, por sus siglas en inglés) | Solamente afiliados de la Asistencia médica administrada (MMA, por sus siglas en inglés) |
|--|--|
| <p>1. Mi firma en este formulario certifica que he leído este formulario o que me han leído el formulario y que comprendo el contenido de este formulario. Comprendo que al firmar este formulario, estoy de acuerdo con la selección indicada abajo. También comprendo que si cambio de parecer y deseo hacer otra selección, mi administrador del cuidado/caso del plan me suplirá con otro formulario para indicar mi selección nueva para asistencia de cuidado prolongado.</p> <p>2. Mi selección está indicada por el encasillado marcado.</p> <p><input type="checkbox"/> Yo deseo recibir servicios en el hogar y aquellos basados en la comunidad.</p> <p><input type="checkbox"/> Yo deseo vivir en un centro con atención de enfermería.</p> <p><input type="checkbox"/> Yo no deseo recibir servicios de cuidado prolongado a través del programa LTC.</p> | <p>1. Mi firma en este formulario certifica que he leído este formulario o que me han leído el formulario y que comprendo el contenido de este formulario. Comprendo que al firmar este formulario, estoy de acuerdo con la selección indicada abajo. También comprendo que si cambio de parecer y deseo hacer otra selección, mi administrador del cuidado/caso del plan me suplirá con otro formulario para indicar mi selección nueva.</p> <p>2. Mi selección está indicada por el encasillado marcado.</p> <p><input type="checkbox"/> Yo deseo recibir servicios en la comunidad.</p> <p><input type="checkbox"/> Yo deseo vivir en un centro con atención de enfermería (si se evalúa que la necesidad existe).</p> <p><input type="checkbox"/> Yo no deseo recibir servicios.</p> |

Yo, _____ (*Afiliado/representante autorizado o padre/tutor legal*) estoy de acuerdo con que el administrador del cuidado/caso afirme mi selección especificada en este formulario.

 Firma del afiliado/representante autorizado o padre/tutor legal

 Fecha

 Nombre en letra de molde del afiliado/representante autorizado o padre/tutor legal

Firma del administrador del cuidado/caso: _____ **Fecha:** _____

Nombre en letra de molde del administrador del cuidado/caso: _____