



Formulario de inscripción a SingleCare/SharedCare (SNBC MA37)

Números de teléfono de Servicios para Afiliados de South Country Health Alliance

**1-866-567-7242 TTY para personas con discapacidad
auditiva al 1-800-627-3529 o 711.**

8 a. m. a 5 p. m., lunes a viernes La llamada es gratuita.

Si lo desea, puede solicitar esta información
de forma gratuita en otros idiomas.

Llame al 1-866-567-7242 Los usuarios de TTY deben llamar al
1-800-627-3529 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratuita.

Envíe el formulario completo, páginas 1 a 3, a:

**South Country Health Alliance
6380 West Frontage Road
Medford, MN 55049**

Fax: 507-431-6328

NO ENGLISH



1-866-567-7242

TRS: 711

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you free of charge and without unnecessary delay. Additionally, appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are available free of charge and in a timely manner. Please call the number above or speak to your provider. English

ማሳሰቢያ:- አማርኛ ተናጋሪ ከሆኑ ፤ ነጻ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶች ካለዎንም ከፍያ እና ካለአላስፈላጊ መዘግየት ማግኘት ይችላሉ። በተጨማሪም መረጃን በቀላሉ ለማግኘት በሚያስችል ቅርጽ ለማቅረብ ተገቢ የሆኑ የመስማት ድጋፍ እና አገልግሎቶች ከክፍያ ነጻ በሆነ እና ግዜውን በጠበቀ መልኩ ማግኘት ይችላሉ። እባክዎ ከላይ ባለው ቁጥር ይደውሉ ወይም አቅራቢዎን ያነጋግሩ። Amharic

تنبيه: نقدم لمتحدثي اللغة العربية خدمات مساعدة لغوية مجانية وفورية، بالإضافة إلى وسائل وخدمات مساعدة مناسبة، وبصيغة معلومات سهلة بدون تكلفة وبشكل سريع. يرجى التواصل على الرقم الموضح أعلاه أو مراجعة مقدم الخدمة المباشرة. Arabic

သတိပြုရန် - အကယ်၍ သင်သည် မြန်မာဘာသာစကား ပြောဆိုသူဖြစ်လျှင် အခမဲ့ ဘာသာစကားဆိုင်ရာ ပံ့ပိုးထောက်ပံ့ပေးမှု ဝန်ဆောင်မှုများအား မလိုအပ်သည့် နှောင့်နှေးကြန့်ကြာမှုများ မရှိစေဘဲ သင် အခမဲ့ ရရှိနိုင်မည် ဖြစ်သည်။ ထို့ပြင် အချက်အလက်များအား အလွယ်တကူ ဝင်ရောက်ရယူနိုင်စေသော ဖောမတ်ပုံစံများဖြင့် ထောက်ပံ့ပေးထားသည့် သက်ဆိုင်ရာ ဖြည့်စွက် ထောက်ပံ့မှုများနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများကိုလည်း အခမဲ့၊ အချိန်မ ရရှိနိုင်စေရန် စီမံပေးထားပါသည်။ ကျေးဇူးပြုပြီး အထက်ဖော်ပြပါ ဖုန်းနံပါတ်သို့ ခေါ်ဆိုပါ သို့မဟုတ် သင်၏ ထောက်ပံ့သူဖြင့် ပြောဆိုဆွေးနွေးပါ။ မြန်မာဘာသာစကား Burmese

၈

យកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ (ខ្មែរ) សេវាកម្មជំនួយភាសាភាគតិចត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយមិនគិតថ្លៃ និងដោយគ្មានការពន្យារពេលមិនចាំបាច់ឡើយ។ លើសពីនេះ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលសមស្របក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានក្នុង ទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបានគឺអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃ និងទាន់ពេលវេលា។ សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខខាងលើ ឬនិយាយជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។ ភាសាខ្មែរ (ខ្មែរ) Cambodian (Khmer)

注意：如果您說簡體中文，您可以免費獲得語言協助服務，且不會有不必要的延誤。此外，還能免費及時獲取以無障礙格式提供資訊的適當輔助工具和服務。請撥打上面的電話號碼，或與您的服務提供商溝通。 Cantonese (Traditional Chinese)

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition, sans frais et sans délai. En outre, des aides et services auxiliaires appropriés pouvant fournir des informations dans des formats accessibles sont disponibles gratuitement et rapidement. Veuillez appeler le numéro ci-dessus ou contacter votre fournisseur. French

CEEB TOOM: Yog koj hais lus Hmoob, muaj kev pab txhais lus dawb rau koj siv. Koj tsis tas them nqi thiab yuav tsis qeeb. Kuj muaj cuab yeej thiab kev pab los pab koj nyeem cov ntaub ntawv kom yooj yim nkag siab. Koj hu tau rau tus xov tooj saum toj no lossis nrog koj tus kws kho mob tham. Hmong

NO ENGLISH



1-866-567-7242

TRS: 711

ဟ်သုဉ်ဟ်သး- နမ့ၢ်ကတိၤကညီကိၣ်အဃိ, နမၤန့ၢ် ကိၣ်တၢ်ဆိၣ်ထွဲမၤစၢၤ လၢတလၢ်ဘျုးလၢ်စ့ၤ ဒီးတအိၣ်ဒီး တၢ်မၤယံၢ်မၤနီၢ်သးဘၣ်န့ၣ်လီၤ. အါန့ၢ်အန့ၣ်, တၢ်အိၣ်စ့ၢ်ကိးဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်န့ၢ်ဟူဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤတဖၣ် လၢကဟ့ၣ်တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤ လၢပုၤအါဂၤန့ၢ်ပၢ်အိၤသ့ လၢတအိၣ်ဒီးအဘျးအလဲ ဒီးချုးဆၢချုးကတိၤန့ၣ်လီၤ. ဝံသးစ့ၤ ကိးနီၣ်ဂံၢ်လၢထး မ့တမ့ၢ် တဲသကိးတၢ်ဒီး ပုၤလၢအဟ့ၣ်န့ၢ်တၢ်မၤစၢၤ တက့ၢ်. ကညီကိၣ် Karen

안내: 한국어를 사용하시는 분께는 언어 지원 서비스를 무료로, 지체 없이 제공해 드립니다. 또한, 정보 접근성을 위한 적절한 보조 기구 및 서비스가 무료로, 시의적절하게 제공됩니다. 위에 있는 번호로 전화하시거나 담당자에게 말씀해 주십시오. Korean

ຫຼາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ ແລະ ບໍ່ມີການຊັກຊ້າ ທີ່ບໍ່ຈຳເປັນ. ນອກຈາກນັ້ນ, ເຄື່ອງມືຊ່ວຍເຫຼືອແລະ ບໍລິການເສີມທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ເຂົາເຈົ້າໄດ້ ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ ທັນເວລາ. ກະລຸນາໂທຫາເບີໂທລະສັບຂ້າງເທິງ ຫຼື ສົນທະນາກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ. Lao

HUBADHAA: Yoo Afaan Oromoo dubbattu ta'e, tajaajila gargaarsa turjumaana afaanii biliisaan akkasumas turtii barbaachisaa hin taane hambisu danda'u isiniif dhihaatee jira. Dabalataanis, odeeffannoo haala salphaan argamuu danda'an dhiyeessuuf gargaarsa fi tajaajiloota deeggarsaa qama midhamtootaaf mijatoo ta'an, kaffaltii tokko malee fi yeroo isaa eeggatee kennamu dhihaatee jira. Odeeffanno dabalataaf lakkoofsa armaan oliitti fayyadamuun namoota gargaarsa kana isiniif kennan qunnamaa. Oromo

ВНИМАНИЕ: Если вы разговариваете на русском языке, воспользуйтесь услугами языковой поддержки бесплатно и без лишних проводов. Также бесплатно и незамедлительно предоставляются соответствующие вспомогательные средства и услуги по обеспечению информацией в доступных форматах. Позвоните по указанному выше номеру или обратитесь к своему поставщику услуг. Russian

FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadasho Soomaali, waxaa si bilaash ah kuugu diyaar ah adeegyada caawinada luuqadeed oo aan lahayn daahitaan aan munaasib ahayn. Intaas waxaa dheer, waxaa la heli karaa adeegyada iyo kaabitaanka naafada ee haboon si macluumaadka loogu bixiyo qaabab la adeegsan karo oo bilaash ah laguna bixinayo waqigeeada. Fadlan wac lambarka kore ama la hadal adeegbixiyahaaga. Somali

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición los servicios gratuitos de traducción sin costo alguno y sin demoras innecesarias. Además, se encuentran disponibles de forma gratuita y oportuna ayuda y servicios auxiliares adecuados con el fin de brindarle información en formatos accesibles. Llame al número indicado anteriormente o hable con su proveedor. Spanish

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, bạn có thể được hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí mà không phải chờ đợi lâu. Ngoài ra, các thiết bị hỗ trợ và dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin ở định dạng dễ tiếp cận cũng có sẵn miễn phí và kịp thời. Vui lòng gọi số điện thoại phía trên hoặc trao đổi với nhân viên y tế của bạn. Vietnamese

Attention. If you need free help interpreting this document, call the above number.

ያስተውሉ፡ ካለምንም ክፍያ ይህንን ዶኩመንት የሚተረጎምሎ አስተርጓሚ ከፈለጉ ከላይ ወደተጻፈው የስልክ ቁጥር ይደውሉ።

ملاحظة: إذا أردت مساعدة مجانية لترجمة هذه الوثيقة، اتصل على الرقم أعلاه.

သတိ။ ဤတွဲရက်စာတမ်းအားအခမဲ့ဘာသာပြန်ပေးခြင်း အကူအညီလိုအပ်ပါက၊ အထက်ပါဖုန်းနံပါတ်ကိုခေါ်ဆိုပါ။

កំណត់សំគាល់ ។ បើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបកប្រែឯកសារនេះដោយឥតគិតថ្លៃ សូមហៅទូរសព្ទតាមលេខខាងលើ ។

請注意，如果您需要免費協助傳譯這份文件，請撥打上面的電話號碼。

Attention. Si vous avez besoin d'une aide gratuite pour interpréter le présent document, veuillez appeler au numéro ci-dessus.

Thov ua twb zoo nyeem. Yog hais tias koj xav tau kev pab txhais lus rau tsab ntaub ntawv no pub dawb, ces hu rau tus najnpawb xov tooj saum toj no.

ဟ်သူဉ်ဟ်သးဘဉ်တက့ၢ်. ဖဲနမ့ၢ်လိဉ်ဘဉ်တၢ်မၤစၢၤကလီၤလၢတၢ်ကကျိးထံဝဲဒၣ်လံာ် တီလံာ်မိတခါအံၤန့ၣ်,ကိးဘဉ် လိတဲစိနီၢ်ဂံၢ်လၢထးအံၤန့ၣ်တက့ၢ်.

알려드립니다. 이 문서에 대한 이해를 돕기 위해 무료로 제공되는 도움을 받으시려면 위의 전화번호로 연락하십시오.

ໂປຣດຊາບ. ຖ້າຫາກ ທ່ານຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແປເອກະສານນີ້ຟຣີ, ຈົ່ງ ໂທໂປທີ່ໝາຍເລກຂ້າງເທິງນີ້.

Hubachiisa. Dokumentiin kun tola akka siif hiikamu gargaarsa hoo feete, lakkoobsa gubbatti kenname bilbili.

Внимание: если вам нужна бесплатная помощь в устном переводе данного документа, позвоните по указанному выше телефону.

Digniin. Haddii aad u baahantahay caawimaad lacag-la'aan ah ee tarjumaadda (afcelinta) qoraalkan, lambarka kore wac.

Atención. Si desea recibir asistencia gratuita para interpretar este documento, llame al número indicado arriba.

Chú ý. Nếu quý vị cần được giúp đỡ dịch tài liệu này miễn phí, xin gọi số bên trên.

Aviso de derechos civiles

La discriminación es ilegal. South Country Health Alliance (South Country) no discrimina por ninguno de los siguientes motivos:

- | | | | |
|----------------------|---|---|--------------------------------|
| • raza | • estado de asistencia pública | • sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género) | • estado de salud |
| • color | • edad | • estado civil | • recibo de servicios de salud |
| • país de origen | • discapacidad (incluyendo impedimento físico o mental) | • creencias políticas | • experiencia en reclamos |
| • credo | | • condición médica | • historial médico |
| • religión | | | • información genética |
| • orientación sexual | | | |

Usted tiene derecho a presentar una queja por discriminación si cree que South Country lo trató de manera discriminatoria. Puede presentar una queja y pedir ayuda para presentar una queja en persona o por correo, teléfono, fax o correo electrónico a:

Civil Rights Coordinator
 South Country Health Alliance
 6380 West Frontage Road, Medford, MN 55049
 Línea gratuita: 866-567-7242 TTY: 800-627-3529 o 711 Fax: 507-444-7774
 Correo electrónico: grievances-appeals@mnscha.org

Ayudas y servicios auxiliares: **South Country** brinda ayuda y servicios auxiliares, como intérpretes calificados o información en formatos accesibles, sin cargo y de manera oportuna para garantizar la igualdad de oportunidades para participar en nuestros programas de atención médica. **Comuníquese con** Servicios para miembros en members@mnscha.org o llame al 866-567-7242, TTY 800-627-3529 o 711.

Servicios de asistencia lingüística: **South Country** proporciona documentos traducidos e interpretación de idiomas hablados, sin cargo y de manera oportuna, cuando los servicios de asistencia con el idioma sean necesarios para garantizar que las personas cuyo dominio de inglés es limitado, tengan un acceso significativo a nuestra información y servicios. **Comuníquese con** Servicios para Miembros en members@mnscha.org o llame al 866-567-7242, TTY 800-627-3529 o 711.

Quejas de derechos civiles

Usted tiene derecho a presentar una queja por discriminación si cree que South Country lo trató de manera discriminatoria. También puede comunicarse directamente con cualquiera de las siguientes agencias para presentar una queja por discriminación.

U.S Department of Health and Human Services Office for Civil Rights (OCR)

((Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.))

Usted tiene derecho a presentar una queja ante la OCR, una agencia federal, si cree que ha sido discriminado por alguno de los siguientes motivos:

- | | | | |
|---------|------------------|----------------|-------------------------------|
| • raza | • país de origen | • discapacidad | • religión (en algunos casos) |
| • color | • edad | • sexo | |

Comuníquese directamente con la **OCR** para presentar una queja:

Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services
Midwest Region
233 N. Michigan Avenue, Suite 240 Chicago, IL 60601
Centro de respuesta al cliente: 800-368-1019, TTY: 800-537-7697
Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov

Minnesota Department of Human Rights (MDHR)

((Departamento de Derechos Humanos de Minnesota (MDHR, por sus siglas en inglés))

En Minnesota, tiene derecho a presentar una queja ante el MDHR si ha sido discriminado por alguno de los siguientes motivos:

- raza
- color
- país de origen
- religión
- credo
- sexo
- orientación sexual
- estado civil
- estado de asistencia pública
- discapacidad

Comuníquese directamente con el **MDHR** para presentar una queja:

Minnesota Department of Human Rights
540 Fairview Avenue North, Suite 201, St. Paul, MN 55104
651-539-1100 (voz), 800-657-3704 (llamada gratuita), 711 o 800-627-3529 (MN Relay),
651-296-9042 (fax), Info.MDHR@state.mn.us (correo electrónico)

Minnesota Department of Human Services (DHS)

((Departamento de Derechos Humanos (DHS, por sus siglas en inglés) de Minnesota)

Usted tiene derecho a presentar una queja ante el DHS si cree que ha sido discriminado en nuestros programas de atención médica debido a cualquiera de los siguientes motivos:

- raza
- color
- país de origen
- religión (en algunos casos)
- edad
- discapacidad (incluyendo impedimento físico o mental)
- sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género)

Las quejas deben hacerse por escrito y presentarse dentro de los 180 días a partir de la fecha en que descubrió la supuesta discriminación. La queja debe contener su nombre y dirección y describir la discriminación por la que se queja. La revisaremos y le notificaremos por escrito si tenemos autoridad para investigar. Si lo hacemos, investigaremos la queja.

DHS le notificará por escrito el resultado de la investigación. Tiene derecho a apelar si no está de acuerdo con la decisión. Para apelar, debe enviar una solicitud por escrito para que DHS revise el resultado de la investigación. Sea breve y explique por qué no está de acuerdo con la decisión. Incluya información adicional que considere importante.

Si presenta una queja de esta manera, las personas que trabajan para la agencia mencionada en la queja no podrán tomar represalias contra usted. Esto significa que no pueden castigarlo de ninguna manera por presentar una queja. Presentar una queja de esta manera no le impide buscar otras acciones legales o administrativas.

Comuníquese directamente con el **DHS** para presentar una queja por discriminación:

Civil Rights Coordinator
Minnesota Department of Human Services
Equal Opportunity and Access Division
P.O. Box 64997
St. Paul, MN 55164-0997
651-431-3040 (voz) o use su servicio de retransmisión preferido.

Los indígenas americanos pueden continuar o empezar a utilizar las clínicas de los servicios de salud indígenas y tribales (IHS, por sus siglas en inglés). No necesitaremos aprobación previa ni impondremos ninguna condición para que reciba servicios en estas clínicas. Para las personas mayores de 65 años, esto incluye los servicios de exención para personas mayores (EW, por sus siglas en inglés) a los que se accede a través de la tribu. Si un médico u otro proveedor de una clínica tribal o de IHS lo/la refiere a un proveedor de nuestra red, no le solicitaremos que consulte a su proveedor de atención primaria antes de que se le refiera.

Esta página queda intencionalmente en blanco



OFFICE USE ONLY - DATE STAMP AREA - OFFICE USE ONLY - DATE STAMP AREA - OFFICE USE ONLY - DATE

Solo para uso de la oficina	
Fecha:	_____
Nombre de la persona de ventas autorizada	_____
Fecha efectiva de inscripción	_____
Nivel de copago LIS	_____
Fecha efectiva de copago LIS	_____
N.º de seguimiento	_____
Aprobado por	_____

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN A SINGLECARE/SHARED CARE

Apellido	Nombre	Segundo nombre (opcional)	Fecha de nacimiento (____/____/____) MM / DD / AAAA	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F																				
Condado en el que vive	Número de teléfono (____) ____ - _____	Otro número de teléfono (____) ____ - _____																						
Dirección (donde vive)	Ciudad	Estado	Código postal																					
Dirección postal (si es distinta de la de su domicilio)	Ciudad	Estado	Código postal																					
Dirección de correo electrónico (opcional)																								
Número de identificación de asistencia médica (PMI)		Número de caso																						
¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso de necesitarlo, marque una de las siguientes casillas: <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Español (01)</td> <td><input type="checkbox"/> Hmong (02)</td> <td><input type="checkbox"/> Vietnamita (03)</td> <td><input type="checkbox"/> Jemer Camboyano (04)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lao (05)</td> <td><input type="checkbox"/> Ruso (06)</td> <td><input type="checkbox"/> Somalí (07)</td> <td><input type="checkbox"/> ASL (lenguaje de señas estadounidense 08)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Amárico (09)</td> <td><input type="checkbox"/> Árabe (10)</td> <td><input type="checkbox"/> Oromo (12)</td> <td><input type="checkbox"/> Birmano (14)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cantonés (15)</td> <td><input type="checkbox"/> Francés (16)</td> <td><input type="checkbox"/> Coreano (20)</td> <td><input type="checkbox"/> Karen (21)</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><input type="checkbox"/> Otro (98) indique _____</td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> Español (01)	<input type="checkbox"/> Hmong (02)	<input type="checkbox"/> Vietnamita (03)	<input type="checkbox"/> Jemer Camboyano (04)	<input type="checkbox"/> Lao (05)	<input type="checkbox"/> Ruso (06)	<input type="checkbox"/> Somalí (07)	<input type="checkbox"/> ASL (lenguaje de señas estadounidense 08)	<input type="checkbox"/> Amárico (09)	<input type="checkbox"/> Árabe (10)	<input type="checkbox"/> Oromo (12)	<input type="checkbox"/> Birmano (14)	<input type="checkbox"/> Cantonés (15)	<input type="checkbox"/> Francés (16)	<input type="checkbox"/> Coreano (20)	<input type="checkbox"/> Karen (21)	<input type="checkbox"/> Otro (98) indique _____			
<input type="checkbox"/> Español (01)	<input type="checkbox"/> Hmong (02)	<input type="checkbox"/> Vietnamita (03)	<input type="checkbox"/> Jemer Camboyano (04)																					
<input type="checkbox"/> Lao (05)	<input type="checkbox"/> Ruso (06)	<input type="checkbox"/> Somalí (07)	<input type="checkbox"/> ASL (lenguaje de señas estadounidense 08)																					
<input type="checkbox"/> Amárico (09)	<input type="checkbox"/> Árabe (10)	<input type="checkbox"/> Oromo (12)	<input type="checkbox"/> Birmano (14)																					
<input type="checkbox"/> Cantonés (15)	<input type="checkbox"/> Francés (16)	<input type="checkbox"/> Coreano (20)	<input type="checkbox"/> Karen (21)																					
<input type="checkbox"/> Otro (98) indique _____																								
¿Tiene una discapacidad certificada por la Administración del Seguro Social o por el equipo estatal de revisión médica (SMRT)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO																								
¿Vive en un centro de atención a largo plazo? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, complete la siguiente información: Nombre del centro: _____ Número de teléfono: (____) ____ - _____																								
¿Tiene cobertura de Medicare? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, complete la siguiente información. Número de Medicare: _____ Hospital (Parte A) Fecha de inicio: _____ Médico (Parte B) Fecha de inicio: _____																								

¿Tiene *otra* cobertura médica o seguro privado?

☐ SÍ ☐ NO

En caso afirmativo, indique el nombre de la compañía del seguro: _____

Nombre del asegurado: _____ Número de grupo: _____

Número de seguro/identificación: _____

¿Recibe este seguro a través de un empleador? ☐ SÍ ☐ NO

ESTÁ ELIGIENDO CÓMO RECIBIR SU COBERTURA MÉDICA

La inscripción en un plan de atención médica de SNBC es voluntaria. Puede solicitar el cambio a Medical Assistance con un cargo por servicio a partir del mes siguiente.

Lea y firme el reverso de este formulario

De acuerdo con SingleCare/SharedCare de South Country Health Alliance (South Country), entiendo que lo siguiente:

South Country SingleCare/SharedCare me prestará atención médica cubierta por Medical Assistance.

Tengo derecho a apelar cualquier servicio que se me niegue, reduzca o interrumpa, al igual que si **South Country SingleCare/SharedCare** se niega a pagar servicios.

El Departamento de Servicios Humanos (DHS) me notificará mediante una carta enviada por correo con anticipación cuándo comenzará mi cobertura de <South Country SingleCare/SharedCare.

A partir de la fecha de inicio de la cobertura de **South Country SingleCare/SharedCare**, debo acudir a los médicos y otros proveedores de **South Country SingleCare/SharedCare**. Solo puedo acudir a otros médicos en casos de emergencia, atención de urgencia, servicios de acceso abierto, diálisis fuera del área o si obtengo la aprobación de **South Country SingleCare/SharedCare** para acudir a otros proveedores.

Leeré el Manual para Afiliados de **South Country SingleCare/SharedCare**. En él encontraré las reglas que debo seguir y más información sobre los servicios que cubre mi plan. Los servicios indicados en el Manual para Afiliados de **South Country Health Alliance SingleCare/SharedCare** estarán cubiertos.

Algunos servicios requieren autorización de **South Country SingleCare/SharedCare**. Sin autorización, **South Country SingleCare/SharedCare** no cubrirá estos servicios.

Mis beneficios de **South Country SingleCare/SharedCare** no se cancelarán si me enfermo o utilizo servicios de atención médica. Esto significa que mantendrá su cobertura incluso si necesita utilizarla con frecuencia.

Puedo elegir dejar **South Country SingleCare/SharedCare** y volver a Medical Assistance con un cargo por servicio. El cambio de plan de salud comenzará según la fecha en que DHS reciba su solicitud. Permaneceré inscripto en **South Country SingleCare/SharedCare** hasta el último día del mes.

Mis servicios de atención médica se coordinarán a través de **South Country SingleCare/SharedCare**.

Para inscribirme y permanecer inscripto en **South Country SingleCare/SharedCare**, debo cumplir con lo siguiente:

- Tener una discapacidad certificada por la Administración del Seguro Social o por el Equipo Estatal de Revisión Médica (SMRT)
- Tener al menos 18 años y menos de 65 años de edad
- Cumplir con los requisitos para recibir atención médica de Medical Assistance sin recibir un reembolso por gastos médicos
- No tener Medicare **O** tener las Partes A y B de Medicare
- Vivir en un condado en el que **South Country SingleCare/SharedCare** presta servicios

En caso de que haya algún cambio, notificaré a mi trabajador del condado y a **South Country SingleCare/SharedCare**.

Si estoy inscrito en SNBC y más tarde recibo un reembolso por gastos médicos que **no pago al DHS**, se cancelará mi inscripción en South Country SingleCare/SharedCare.

Si cuento con Asistencia Médica para Personas Empleadas con Discapacidades (MA-EPD), debo seguir pagando la prima de MA-EPD.

Al inscribirme en South Country SingleCare/SharedCare, autorizo lo siguiente:

El intercambio de información sobre mi estado de elegibilidad para Medical Assistance y la información de este formulario entre el Estado, sus representantes, el condado donde vivo y **South Country SingleCare/SharedCare**.

La información contenida en este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre según las leyes del estado donde vivo) en este formulario indica que he leído y que entiendo el contenido del formulario. Si la firma pertenece a una persona autorizada (como se describe arriba), esta firma certifica que: 1) la ley estatal autoriza a esta persona a completar este formulario de inscripción en mi nombre, y 2) el Estado o South Country Health Alliance (South Country) SingleCare/SharedCare tienen a su disposición la documentación que acredita esta autorización.

Firma del inscrito o de su representante autorizado:		Fecha:
Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información		
Nombre (en letra de imprenta):	Relación con el inscrito:	Número de teléfono:
Dirección, ciudad, estado, código postal:		

Usted o su representante autorizado deben firmar arriba.

Una vez completado el formulario, envíe las páginas 1 a 3 por correo o fax a South Country SingleCare/SharedCare.

Nuestra dirección y número de fax están en la portada.