|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Public Health  F-00046S (02/2024) | **STATE OF WISCONSIN** |

**INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA FAMILY CARE (CUIDADO FAMILIAR)**

**INSTRUCCIONES E INFORMACIÓN IMPORTANTE**

**(FAMILY CARE PROGRAM ENROLLMENT   
INSTRUCTIONS AND IMPORTANT INFORMATION)**

Completar este formulario es voluntario; no obstante, debe completarlo si está interesado/a en inscribirse en el programa Family Care (Cuidado Familiar). Si desea realizar una solicitud para este programa, debe ponerse en contacto con su oficina local de Aging and Disability Resource Center (Centro de recursos para el envejecimiento y la discapacidad) (ADRC) o, si es miembro de una tribu, también puede ponerse en contacto con su Tribal Aging and Disability Resource Specialist (Especialista del programa tribal de recursos para el envejecimiento y la discapacidad) (ADRS). Puede encontrar la información de contacto de los ADRC locales o los ADRS tribales en [www.dhs.wisconsin.gov/adrc/consumer/index.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/adrc/consumer/index.htm).

**CÓMO USAR ESTE FORMULARIO**

1. Lea todas las instrucciones y la sección Información importante antes de firmar el formulario. Si necesita información en otro idioma o formato, comuníquese con su ADRC local o ADRS tribal.
2. Sólo la persona, su tutor legal, custodio o persona con poder notarial vigente pueden firmar este formulario.

**INFORMACIÓN IMPORTANTE**

* Firmar este formulario no garantiza que sea elegible para el programa Family Care (Cuidado Familiar).
* Después de firmar este formulario, puede optar por no inscribirse.
* La inscripción en Family Care (Cuidado Familiar) es voluntaria y puede cancelar su inscripción en cualquier momento.
* Los cambios en su salud o situación financiera pueden afectar su elegibilidad para este programa. Si se producen cambios de este tipo, comuníquese con el administrador de casos de su Managed Care Organization (organización de cuidado administrado) (MCO) o administrador de caso Tribal, si corresponde.

**IMPORTANCIA DE LA FIRMA DE ESTE FORMULARIO**

Entiendo que mi firma en este formulario (o la firma de mi tutor legal, custodio o persona con poder notarial vigente) significa que he leído y entendido el contenido de este formulario, incluida la información sobre la fecha de inscripción y la garantía de elección, a continuación descritas. A mi leal saber y entender, certifico que mis respuestas son completas y verdaderas. Entiendo que si oculto información o proporciono información falsa de manera intencionada en este formulario, mi inscripción en el programa puede ser cancelada. Entiendo que mi firma autoriza al ADRC o ADRS tribal a compartir mi información con:

* La Managed Care Organization (Organización de Cuidado Administrado)
* Otro ADRC o ADRS tribal
* La tribu de afiliación, si procede
* Agencias de mantenimiento de ingresos
* Medicaid
* Medicare
* Proveedores de servicios y sus representantes autorizados para fines de prestación de atención médica.

**FECHA DE INSCRIPCIÓN SOLICITADA**

Puede elegir la fecha que desee para inscribirse en el programa. No obstante, la inscripción no se puede realizar antes del día:

* Que el ADRC o ADRS tribal reciba este formulario firmado.
* Que usted cumpla con todos los requisitos de elegibilidad funcionales y financieros.

**GARANTÍA DE ELECCIÓN**

El objetivo principal del programa Family Care (Cuidado Familiar) es ayudarle a obtener los servicios que necesita para vivir en su propia casa o comunidad, siempre que sea posible.

**INFORMACIÓN PERSONAL**

De conformidad con Wis. Stat. § 49.45(4), su información de identificación personal es confidencial y solo se utiliza para la administración directa del programa Family Care (Cuidado Familiar).

**INSTRUCCIONES ADICIONALES**

**Sección I**

* “Condado de residencia” significa el condado en el que vive físicamente.
* “Condado responsable” significa el condado que tiene la responsabilidad de proveer los servicios de salud mental u otros.
* “Dirección permanente” significa la dirección de la residencia en la que vive físicamente.

**Sección II**

Esta sección se debe completar si tiene un tutor legal, custodio, persona con poder notarial vigente o un representante autorizado de Medicaid.

**Sección III**

Provea la información de contacto de una amistad o familiar con quien podamos contactarnos en casos de emergencia.

**Sección IV**

Esta sección se completará sólo si corresponde.

**Sección V**

Se necesita su firma o la firma de su tutor legal, custodio o persona con poder notarial vigente. Si firma con una marca, es necesaria la firma de dos testigos. Si no está capacitado/a físicamente para firmar, puede instruir a una persona adulta que firme el formulario en su nombre frente a dos testigos. La persona que firme en su nombre debe indicar que está firmando de acuerdo con las instrucciones del solicitante.

El ADRC o ADRS tribal debe conservar la copia original del formulario de inscripción firmado, o una copia electrónica escaneada del formulario firmado, durante un período de diez años en la eventualidad de que se soliciten los registros.

**PROGRAMA FAMILY CARE (CUIDADO FAMILIAR): INSCRIPCIÓN**

**CIP**

**INSTRUCCIONES**: Antes de firmar este formulario, lea todas las instrucciones.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SECCIÓN I: INFORMACIÓN PERSONAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del solicitante (nombre, inicial del segundo nombre, apellido) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Fecha de nacimiento | | | | | | | |
| Estado civil actual (marque solo una casilla)  Soltero/a  Casado/a  Viudo/a | | | | | | | | Si actualmente está casado/a, indique el nombre del cónyuge (nombre, inicial del segundo nombre, apellido) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección postal | | | | | | Ciudad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Estado | | | | Código postal | |
| Número de teléfono | | Condado de residencia | | | | | | | | | | | | | | | | Condado responsable | | | | | | | | | | | | |
| Nativo americano o de Alaska  Sí  No | | | | | | | | | | Afiliación tribal nativa americana o de Alaska | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Correo electrónico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección permanente (Si es diferente a la anterior) | | | | | | | | | | | | | | Ciudad | | | | | | | | | | | | | Estado | | | Código postal |
| Nombre de la instalación-Marque el tipo: | | | | | NH  ICF-IID  CBRF  AFH  RCAC | | | | | | | | | | | | | | | | | Fecha de ingreso en NH o ICF-IID | | | | | | | | |
| Dirección de la instalación (Si es diferente a la anterior) | | | | | | | | | | | Ciudad | | | | | | | | | | | | | | | | Estado | | | Código postal |
| **SECCIÓN II: AUTORIDAD ALTERNATIVA PARA SOLICITAR LA INSCRIPCIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Tiene un tutor legal?  Sí  No  Tipo:  Tutor de la persona  Tutor del patrimonio  Tutor de la persona y su patrimonio | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del tutor (nombre, inicial del segundo nombre, apellido) | | | | | | | | | | | | | | | | Número de teléfono | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección postal Dirección física | | | | | | | | | | | | | | | | Ciudad | | | | | | | | | | | Estado | | | Código postal |
| ¿Tiene un tutor legal?  Sí  No  Tipo:  Tutor de la persona  Tutor del patrimonio  Tutor de la persona y su patrimonio | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del tutor (nombre, inicial del segundo nombre, apellido) | | | | | | | | | | | | | | | | Número de teléfono | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección postal Dirección física | | | | | | | | | | | | | | | | Ciudad | | | | | | | | | | | Estado | | | Código postal |
| ¿Tiene asignado un Power of Attorney for Finance and Property (poder notarial vigente para la administración de finanzas y bienes) (POAF) de su representado/a?  Sí  No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de la persona en posesión del POAF (nombre, inicial del segundo nombre, apellido) | | | | | | | | | | | | | | | | Número de teléfono | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección postal Dirección física | | | | | | | | | | | | | | | | Ciudad | | | | | | | | | | | Estado | | | Código postal |
| ¿Tiene asignado un Power of Attorney for Health Care (poder notarial vigente para la administración de los cuidados de la salud ) (POAHC) de su representado/a?  Sí. En vigencia desde:        No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de la persona en posesión del POAHC (nombre, inicial del segundo nombre, apellido) | | | | | | | | | | | | | | | | Número de teléfono | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección postal Dirección física | | | | | | | | | | | | | | | | Ciudad | | | | | | | | | | | Estado | | | Código postal |
| ¿Tiene asignado un custodio?  Sí. Fecha en que se designó al custodio        No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del custodio (nombre, inicial del segundo nombre, apellido) | | | | | | | | | | | | | | | | Número de teléfono | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección postal Dirección física | | | | | | | | | | | | | | | | Ciudad | | | | | | | | | | | Estado | | | Código postal |
| ¿Tiene un representante autorizado de Medicaid designado en el formulario  [F-10126A](https://www.dhs.wisconsin.gov/forms/f10126a.pdf) o [F-10126B](https://www.dhs.wisconsin.gov/forms/f10126b.pdf) del DHS?  Sí—Fecha de la firma:        No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del representante autorizado de Medicaid (Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido) | | | | | | | | | | | | | Número de teléfono | | | | | | | | | | | | | Condado de residencia | | | | |
| Dirección postal Dirección física | | | | | | | | | | | | Ciudad | | | | | | | | | | | | | | | Estado | | | Código postal |
| **SECCIÓN III: INFORMACIÓN DE CONTACTO ADICIONAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indique el nombre de una amistad o familiar con quien podamos contactarnos en casos de emergencia. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del contacto (nombre, inicial del segundo nombre, apellido) | | | | Número de teléfono durante el día | | | | | | | | | | | | | | | | | Número de teléfono durante la noche | | | | | | | | | |
| Relación con usted | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SECCIÓN IV: INFORMACIÓN DEL SEGURO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Tiene actualmente cobertura de seguro médico/de salud tales como un seguro entregado por un empleador, seguro privado, beneficios de VA, TRICARE o cobertura de beneficios de salud para empleados federales?   Sí  No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre y dirección de la compañía de seguros | | | | | | | | | | | | | | | | | Póliza o número de identificación | | | | | | | | | | | | | |
| Número de grupo | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Tiene actualmente cobertura de medicamentos recetados?  Sí  No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de la cobertura | | | | | | | | | | | Póliza o número de identificación | | | | | | | | | | | | | Número de grupo | | | | | | |
| ¿Recibe beneficios del Seguro Social?  Sí  No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Recibe beneficios de la Railroad Retirement Board (Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios) (RRB)?  Sí  No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Para personas que son elegibles para Medicare**: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Vigente desde: (mm/dd/aaaa) | | | | | | | | | | | |
| Nombre del beneficiario (nombre, inicial del segundo nombre, apellido): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **SEGURO DE HOSPITAL (PARTE A)** | | | | | | | | | | | |
| Medicare Beneficiary Identifier (Identificación del beneficiario de Medicare ) (MBI): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **SEGURO MÉDICO (PARTE B)** | | | | | | | | | | | |
| **SECCIÓN V: ELECCIÓN DE INSCRIPCIÓN Y FIRMA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Inscripción en:  Family Care (Cuidado Familiar) | | | | | | | | | Nombre de la MCO: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Administración de Cuidado Tribal de Family Care, si se selecciona:  Menominee Oneida | | | | | | | | | | | Nombre de la MCO: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Yo, el abajo firmante, declaro mi voluntad y acepto inscribirme en el programa Family Care (Cuidado Familiar) identificado anteriormente.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FIRMA:** Solicitante | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Fecha de firma | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| **FIRMA** – tutor legal, custodio o poder legal vigente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Fecha de firma | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| **FIRMA**: Testigo (si corresponde) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Fecha de firma | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| **FIRMA**: Testigo (si corresponde) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Fecha de firma | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| **Para uso exclusivo del ADRC o ADRS tribal** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ADRC o tribu: | | | | | | | | | | Condado: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Trabajador/a ADRC o ADRS tribal: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Número de teléfono: | | | | | | | | | | | |
| Correo electrónico: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Información de fecha de inscripción:  Fecha de inscripción actual:  Fecha de inscripción pendiente: Servicios urgentes  Fecha de inscripción pendiente: Acuerdo de aprobación preliminar  Fecha de inscripción pendiente: Transferencia a nueva agencia con traslado. | | | | | | | | | | | | | | Programa:  Family Care | | | | | | | | | | Verificación de la fecha de finalización de la HMO, si corresponde: | | | | | | |
| Estado de inscripción en FHiC:  Fecha de inscripción en FHiC  Fecha de inscripción no ingresada en FHiC, ingreso de MA o IRIS pendiente en el sistema. La MCO no actualiza el LTCFS hasta que se verifica la inscripción en FHiC. | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| Beneficiario de Medicaid  Sí  No  N.º de identificación de Medicaid:  Idioma para el Aviso de CARES:  Inglés  Español | | | | | | Nivel de cuidado  Marque el NH/NNH LOC asignado en la columna de la izquierda y luego marque el DD LOC adecuado en la columna de la derecha. Sólo se permite un máximo de dos casillas marcadas.   |  |  | | --- | --- | | Elija 1 | Elija 1 | | NH-ISN  NH-SNF  NH-ICF  NNH | DD1A  DD1B  DD2  DD3  NDD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Grupo objetivo:  FE  ID/DD  PD | | | | | | |
| La persona está actualmente inscrita en la Children's Waiver (Exención para niños) (CLTS) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre – Trabajador/a de CLTS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Condado | | | | | | | | | | |
| Número de teléfono | | Correo electrónico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Distribución del formulario completado: | | Persona, tutor, custodio o persona con poder notarial vigente  MCO seleccionada  Mantenimiento de ingresos, si corresponde  Tribu, si corresponde  Trabajador de CLTS, si corresponde | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |