**WISCONSIN DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**

Division of Public Health

F-00533S (02/2024)

**INSCRIPCIÓN EN PROGRAMA PARTNERSHIP (ALIANZA)**

**INSTRUCCIONES E INFORMACIÓN IMPORTANTE**

**(PARTNERSHIP PROGRAM ENROLLMENT INSTRUCTIONS AND IMPORTANT INFORMATION)**

Completar este formulario es voluntario; sin embargo, si está interesado/a en inscribirse en el programa Partnership (Alianza) debe completarlo. Si desea realizar una solicitud para el programa Partnership (Alianza), 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 Aging and Disability Resource Specialist tribal (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](https://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 Partnership (Alianza).
* Si es elegible, podrá escoger entre los programas Partnership (Alianza) que se encuentren disponibles en su área.
* Después de firmar este formulario, puede optar por no inscribirse.
* La inscripción en Partnership (Alianza) es voluntaria y puede cancelar su inscripción en cualquier momento; sin embargo, sus beneficios de Medicare permanecerán activos en ese plan hasta que sea elegible para cambiar su plan de Medicare.
* Los cambios en su situación de salud o financiera pueden afectar su elegibilidad para el programa Partnership (Alianza). Si se produce un cambio de este tipo, comuníquese con el administrador de casos de la Partnership Organization (Organización de Alianza, PO) o con el administrador de atención Tribal, si corresponde.

**IMPORTANCIA DE LA FIRMA DE ESTE FORMULARIO**

Entiendo que mi firma en este formulario (o la firma de mi tutor legal, cuidador o persona con poder notarial vigente) significa que he leído y entendido el contenido de este formulario, incluida la información sobre la fecha de afiliación 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
* Agencias de Income Maintenance (mantenimiento de ingresos)
* La tribu de afiliación, si procede
* 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 de la fecha:

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

**GARANTÍA DE ELECCIÓN**

El objetivo principal del programa Partnership (Alianza) 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 el Wis. Stat. § 49.45(4), su información de identificación personal es confidencial y solo se utiliza para la administración directa del programa Partnership (Alianza).

**INFORMACIÓN RESPECTO A PARTNERSHIP (ALIANZA)**

Partnership (Alianza) es un programa de cuidado administrado de Medicaid y Medicare del estado   
de Wisconsin para el cual se aplican ciertos requisitos de elegibilidad. Si está inscrito en Medicare   
y quiere inscribirse en Partnership (Alianza), debe inscribirse en el plan Partnership (Alianza)   
de Medicare.

Si actualmente está inscrito en Medicare, su plan actual continuará brindándole los beneficios   
de Medicare hasta que sea elegible para inscribirse en el plan Partnership (Alianza) de Medicare.

Para inscribirse en Partnership (Alianza), debe vivir en el área de servicio de una organización que provea el programa Partnership (Alianza), debe tener al menos 18 años de edad en el mes   
de inscripción, necesitar un nivel de cuidados en un centro de convalacencia y ser elegible   
para Medicaid.

**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 completará 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**

Esta sección se completará si desea que cualquier prima aplicable del plan de medicamentos de la Parte D de Medicare se deduzca automáticamente de su Social Security (Seguro Social).

**Sección VI**

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 el formulario de acuerdo con las instrucciones del solicitante.

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

**INSCRIPCIÓN EN PROGRAMA PARTNERSHIP (ALIANZA)**

**CIP**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SECCIÓN I: INFORMACIÓN PERSONAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del afiliado (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/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 del centro — Indique 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 | | | | | | | | | Condado de residencia | | | | |
| Dirección postal (Calle, población, estado, código postal) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Tiene otro 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 | | | | | | | | | Condado de residencia | | | | |
| Dirección postal (Calle, población, 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 | | | | | | | Condado de residencia | | | | |
| Dirección postal (Calle, población, 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 | | | | | | | | | Condado de residencia | | | | |
| Dirección postal (Calle, población, 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 | | | | | | | | | Condado de residencia | | | | |
| Dirección postal (Calle, población, 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:        No | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del representante autorizado  de Medicaid (Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido) | | | | Número de teléfono | | | | | | | | | Condado de residencia | | | | |
| Dirección postal (Calle, población, estado, código postal) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SECCIÓN III: INFORMACIÓN DE CONTACTO ADICIONAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indique el nombre de una amistad o familiar con quien podamos contactar en caso de urgencia. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 de salud proporcionado 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 Social Security (Seguro Social)?  Sí  No | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Recibe beneficios de la Railroad Retirement Board (Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, RRB)?  Sí  No | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Si es elegible para Medicare**: | | | | | | | | | Tiene derecho a: | | | | | | | | |
| Nombre del beneficiario (nombre, inicial del segundo nombre, apellido): | | | | | | | | | Vigente desde: (mm/dd/aaaa) | | | | | | | | |
| Medicare Beneficiary Identifier (Identificación del beneficiario de Medicare, MBI): | | | | | | | | | **SEGURO DE HOSPITAL (PARTE A)** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | **SEGURO MÉDICO (PARTE B)** | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lea la siguiente información importante** | | | | | | | | | | | | | |
| **Si tiene cobertura médica por medio un empleador o sindicato, unirse a Partnership (Alianza) podría afectar sus actuales beneficios de salud. Si se une a Partnership (Alianza), podría perder la cobertura de salud de su empleador o sindicato.** Lea los comunicados que le envíe su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, visite el sitio web o póngase en contacto con la oficina que figura en sus comunicados. Si no sabe con quién ponerse en contacto, su administrador de beneficios o la oficina del plan pueden ayudarle. | | | | | | | | | | | | | |
| **SECCIÓN V: PRIMA DEL PLAN DE MEDICAMENTOS DE LA PARTE D DE MEDICARE** | | | | | | | | | | | | | |
| La mayoría de los beneficiarios califica para recibir ayuda adicional para medicamentos recetados de Medicare. Medicare podría cubrir la totalidad o una parte de la prima de su plan. Si corresponde, puede gestionar que la prima mensual del plan Medicare Advantage se deduzca automáticamente de su cheque del Social Security (Seguro Social). Si no elige dicha opción, el plan de Partnership (Alianza) le enviará una factura cada mes, la cual puede pagar por correo postal o mediante electronic funds transfer (transferencia electrónica de fondos, EFT).  Quiero que la prima de este plan se deduzca de mi cheque de beneficio mensual de la Social Security Administration (Administración del Seguro Social, SSA):  Sí  No | | | | | | | | | | | | | |
| **SECCIÓN VI: ELECCIÓN DE INSCRIPCIÓN Y FIRMA** | | | | | | | | | | | | | |
| **Lea y firme abajo** | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de inscripción en Medicaid solicitada: | | | | | | | | | | | | | | |
| Plan Partnership (Alianza) elegido:  My Choice Wisconsin Health Plan, Inc.  Community Care Health Plan, Inc.  Independent Care Health Plan | | | | | | | | | | | | | | |
| **Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:**  Un plan Partnership (Alianza) es un plan de Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Solo puedo estar en un plan Medicare Advantage a la vez y entiendo que mi inscripción en este plan pondrá término automático a mi inscripción en otro plan de Medicare o plan de medicamentos recetados. Seguiré recibiendo los beneficios de mi plan actual de Medicare hasta que sea elegible para cambiar de plan de Medicare. Generalmente, la inscripción en un plan de Medicare es por todo el año. Una vez inscrito, puedo desafiliarme de un plan de Medicare o realizar cambios solo en ciertas épocas del año cuando haya un período de inscripción disponible (por ejemplo, del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año) o en ciertas circunstancias especiales. Es mi responsabilidad informarle al ADRC o a ADRS tribal sobre mi cobertura al momento de mi inscripción e informarle a la PO si en algún momento en el futuro de cualquier cobertura de medicamentos recetados que uso o usaré. El plan seleccionado atiende en un área específica de servicio. Si me mudo fuera del área de servicio del plan seleccionado, debo notificar al plan para poder cancelar mi afiliación y encontrar un plan disponible en mi nueva área. Una vez que esté inscrito en el plan seleccionado, tengo derecho a apelar si no estoy de acuerdo con las decisiones del plan sobre pagos o servicios. Cuando lo reciba, leeré el documento de Partnership Evidence of Coverage (Evidencia de Cobertura de Partnership) y el Acuerdo de Inscripción del plan seleccionado de Partnership (Alianza) para conocer las reglas que debo seguir para recibir cobertura bajo este plan de Medicare Advantage o Medicare. Entiendo que las personas que tienen Medicare generalmente no tienen cobertura mientras se encuentren fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU. Entiendo que, a partir de la fecha en que comienza la cobertura del plan seleccionado, debo recibir de dicho plan toda mi atención médica, excepto los servicios de emergencia o necesitados con urgencia, o los servicios  de diálisis fuera del área. Estarán cubiertos los servicios autorizados por el plan seleccionado  y otros servicios indicados en el documento de Partnership Evidence of Coverage (Evidencia de Cobertura de Partnership) y el Acuerdo de Inscripción del plan Partnership (Alianza) seleccionado.  **NI MEDICARE NI EL PLAN SELECCIONADO PAGARÁN LOS SERVICIOS SIN AUTORIZACIÓN.**  **Divulgación de información:** Al unirme a este plan médico de Medicare, reconozco que el plan seleccionado compartirá mi información con Medicare y otros planes, según sea necesario, por motivos relacionados con tratamientos, pagos y administración de atención médica. También es de mi conocimiento que el plan seleccionado divulgará mi información a Medicare, incluida mi información de registro de medicamentos recetados, quien puede divulgarla para fines de investigación y otros que cumplan con todos los estatutos y reglamentos federales aplicables. A mi leal saber y entender, la información entregada en este formulario de afiliación es correcta. Entiendo que seré desafilado del plan si entrego información falsa en este formulario, de manera intencional. Entiendo que mi firma en esta solicitud (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre según las leyes del estado en el que resido) significa que he leído y entendido el contenido de esta solicitud. Si ha firmado una persona autorizada (tal como se describe anteriormente), esta firma certifica que (1) esta persona está autorizada por la ley estatal para gestionar esta inscripción y que (2) la documentación de esta autorización está disponible en caso de que el plan seleccionado o Medicare la soliciten.  Yo, el abajo firmante, por la presente declaro mi voluntad y acepto inscribirme en el programa Partnership (Alianza) identificado anteriormente.  Entiendo que la fecha de inicio de mi inscripción en Medicaid será el y, si califico para un Special Election Period (Período de Elección Especial), mi inscripción en Medicare comenzará el primer día del mes siguiente a la presentación de este formulario. Seguiré recibiendo los beneficios de Medicare de mi plan actual hasta que sea elegible para inscribirme en el plan Partnership (Alianza) que seleccioné anteriormente. | | | | | | | | | | | | | | |
| **Yo, el abajo firmante, por la presente declaro mi voluntad y acepto inscribirme en el programa Partnership (Alianza) identificado anteriormente.** | | | | | | | | | | | | | | |
| **FIRMA:** Solicitante | | | | | | | | | | | | Fecha de la firma | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | |
| **Firma –** tutor legal, custodio o poder legal vigente | | | | | | | | | | | | Fecha de la firma | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | |
| **Firma –** tutor legal, custodio o poder legal vigente | | | | | | | | | | | | | Fecha de la firma | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | |
| **FIRMA** – Testigo (si procede) | | | | | | | | | | | | | Fecha de la firma | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | |
| **FIRMA** – Testigo (si procede) | | | | | | | | | | | | | Fecha de la 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 de urgencia  Fecha de inscripción pendiente: Acuerdo de aprobación preliminar  Fecha de inscripción pendiente: Transferencia a nueva agencia con traslado. | | | | | | | Programa:  Partnership (Alianza) | | | | 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. PO 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 LOC asignado en la columna de la izquierda y luego marque el DD LOC adecuado en la columna de la derecha. Solo se permite un máximo de dos casillas marcadas.   |  |  | | --- | --- | | Elegir 1 | Elegir 1 | | NH-ISN  NH-SNF  NH-ICF | 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 del trabajador/a de CLTS | | | | | | | | | | Condado | | | | |
| Número de teléfono | | Correo electrónico | | | | | | | | | | | | |
| **Para uso exclusivo de la oficina de Partnership (Alianza)**  Número de identificación del plan: | | | | | Nombre del miembro del personal (si ayudó con la inscripción) | | | | | | | | | |
| Período de elección de Medicare:  ICEP o IEP  OEPI  AEP  SEP (Tipo): | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de entrada en vigor de la cobertura de Medicare | | | | N.º de proveedor de Medicaid. | | | | Fecha efectiva de inscripción en Medicaid | | | | | | |
| Distribución del formulario completo: | Persona, tutor, custodio o persona con poder notarial vigente  Organización de Alianza seleccionada  Income Maintenance (mantenimiento de ingresos), si corresponde  Tribu, si corresponde  Trabajador/a de CLTS, si corresponde | | | | | | | | | | | | | |