|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Public Health  F-00534S (02/2024) | **STATE OF WISCONSIN** |
| **Instrucciones para solicitar la cancelación de la inscripción  o el cambio de un programa para miembros de Partnership**  (Partnership member requested disenrollment or Transfer InSTRUCTIONS) | |
| **Sección A: Información personal**  Esta sección debe completarla el aging and disability resource center (Centro de Recursos para el Envejecimiento y la Discapacidad, ADRC) o el Tribal aging and disability resource specialist (especialista tribal de recursos para el envejecimiento y la discapacidad, ADRS) a partir de la información personal de ForwardHealth.  El ADRC debería verificar la información de contacto en esta sección y realizar las correcciones que sean necesarias en el formulario. Cuando Income Maintenance (Mantenimiento de Ingresos, IM) reciba el formulario con las correcciones, actualizará la información en CARES. Si la persona recibe Supplemental Security Income (Seguridad de Ingreso Suplementario, SSI), el ADRC o ADRS tribal debería solicitar a la persona que se comunique con la Social Security Administration (Administración del Seguro Social, SSA) para actualizar la información.  **Sección B: Solicitud de cancelación de la inscripción**  Esta parte del formulario debe completarla el ADRC o ADRS tribal. La persona indica el programa del que desea cancelarse y la fecha de cancelación que prefiere. Para permitir que la persona tome una decisión informada, es importante que, durante la consulta sobre la cancelación de la inscripción, el ADRC o ADRS tribal le proporcione toda la información pertinente, como, por ejemplo, el impacto en la elegibilidad de Medicaid y cómo la fecha que se establezca podría influir en el costo compartido.  El personal del ADRC o ADRS tribal ingresará la fecha efectiva de cancelación de la inscripción.  El personal del ADRC o ADRS tribal ingresará la fecha efectiva de cancelación de la inscripción en FHiC. La fecha en que la persona desea cancelar su inscripción en el programa puede no coincidir con la fecha en que esta se haga efectiva, especialmente en los casos de solicitudes de cancelación inmediata de la inscripción. Si una persona desea cancelar su inscripción en un programa en menos de tres días hábiles a partir de la fecha en que se firma el formulario, el ADRC o ADRS tribal se comunicará con Partnership Organization (Organización Alianza) para acelerar el proceso.  Los beneficios de Medicare del plan Partnership actual de la persona pueden continuar durante un período de tiempo hasta un máximo de tres meses a partir de la solicitud de cancelación de la inscripción o cambio. La fecha de inicio de la nueva cobertura depende de la elegibilidad del Special Election Period (período de elección especial, SEP). Las personas que cancelen su inscripción en Partnership pueden elegir inscribirse en un nuevo plan de Medicare Advantage o en un plan independiente de la parte D de Medicare. Si una persona no toma medidas para inscribirse en otro plan de Medicare antes de que finalice la cobertura de Partnership, quedará inscrita de forma automática en Original Medicare y puede correr el riesgo de quedarse sin cobertura de medicamentos recetados. La persona debe ponerse en contacto con su plan de Medicare actual para obtener más información sobre la elegibilidad del SEP. Para obtener ayuda con las opciones de Medicare, la persona puede programar una cita con el especialista de beneficios del ADRC, con el especialista tribal de beneficios o llamar a la Línea Directa de Asistencia de Medigap de Wisconsin al 1-800-242-1060.  **Sección C: Solicitud de cambio**  Esta parte del formulario debe completarla el ADRC o ADRS tribal. La persona indica el programa y la MCO o ICA a la que desea cambiarse. Si la solicitud se debe a un traslado reciente, se le pedirá que indique su nuevo domicilio, número de teléfono y la fecha efectiva del traslado. Se requerirá un nuevo formulario de inscripción o derivación cuando un cliente elija cambiarse a un nuevo programa, MCO o ICA. Si se inscribe en un nuevo programa o agencia como resultado de un traslado, la fecha de inscripción se dejará en blanco inicialmente y se completará cuando las agencias del programa de cuidados a largo plazo determinen la fecha de inscripción.  Si la persona elige inscribirse en Family Care, PACE o Partnership, el ADRC o ADRS tribal ingresará la nueva fecha de inscripción en el formulario, la fecha de inscripción es elegida por la persona. El personal del ADRC o ADRS tribal también ingresará la nueva fecha de inscripción en FHiC. Si la persona opta por IRIS, el ADRC o ADRS tribal ingresará la fecha de referencia de IRIS en el formulario. La fecha de inicio de IRIS la determina la ICA y se ingresará en WISITS. Si la persona se cambia de Family Care (Cuidado Familiar), PACE o Partnership (Alianza) a IRIS, la fecha de cancelación de la inscripción no se debería consignar en el formulario o en FHiC hasta que se haya recibido la fecha de inicio de parte de ICA.  La información proporcionada en esta sección determinará a qué entidad se debe informar del cambio y si será necesario completar un formulario de inscripción de los programas Family Care, PACE o Partnership o un formulario de autorización de IRIS.  Los beneficios de Medicare del plan Partnership actual de la persona pueden continuar durante un período de tiempo hasta un máximo de tres meses a partir de la solicitud de cancelación de la inscripción o cambio. La fecha de inicio de la nueva cobertura depende de la elegibilidad del Special Election Period (período de elección especial, SEP). Las personas que cancelen su inscripción en Partnership pueden elegir inscribirse en un nuevo plan de Medicare Advantage o en un plan independiente de la parte D de Medicare. Si una persona no toma medidas para inscribirse en otro plan de Medicare antes de que finalice la cobertura de Partnership, quedará inscrita de forma automática en Original Medicare y puede correr el riesgo de quedarse sin cobertura de medicamentos recetados. La persona debe ponerse en contacto con su plan de Medicare actual para obtener más información sobre la elegibilidad del SEP. Para obtener ayuda con las opciones de Medicare, las personas pueden programar una cita con el especialista de beneficios del ADRC, con el especialista tribal de beneficios o llamar a la Línea de asistencia de Medigap de Wisconsin al 1-800-242-1060.  **Sección D: Motivo de la solicitud de cancelación de inscripción o cambio**  En esta sección, la persona puede indicar de forma voluntaria al ADRC o ADRS tribal el motivo principal por el que desea dejar su programa o PO actual.  **Sección E: Quejas o apelaciones**  Una parte importante de la consulta sobre la cancelación de la inscripción implica ayudar a la persona a entender y ejercer todos sus derechos como miembro y participante del programa. Dependiendo del motivo por el que la persona desea dejar el programa, puede tener derecho a presentar una apelación. Asimismo, toda persona tiene derecho a presentar una queja. Los ADRC o ADRS tribal pueden brindar asistencia a cualquier persona que desee presentar una apelación o queja. Los ADRC o ADRS tribal deberían explicar a las personas que puedan estar en un proceso de apelación las consecuencias de cancelar su inscripción antes de que se resuelva la apelación. Todas las PO tienen Member Rights Specialists (especialistas en derechos de miembros) que ayudan a los miembros a presentar apelaciones y quejas. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación o queja, las personas pueden consultar el manual para miembros de Partnership.  **Sección F: Autorización para divulgar información**  Complete esta sección cuando la persona solicite cambiarse a una nueva agencia o programa de cuidado a largo plazo. Esta sección (1) le indica a la persona que la información de Long-Term Care Functional Screen (Evaluación funcional de cuidados a largo plazo) puede enviarse a una nueva agencia sin el consentimiento informado de la persona en virtud del Estat. de Wisconsin, sección 46.284(7); y (2) documenta la autorización de la persona a la agencia o programa de cuidado a largo plazo actual para compartir la información confidencial especificada con la nueva agencia o programa elegido. La firma de la persona, tutor legal, custodio o persona con poder notarial vigente autoriza la divulgación de la información especificada en la sección F del formulario.  **Sección G: Firma**  Los miembros de Partnership (Alianza) deben firmar esta sección del formulario para cancelar su inscripción en un programa de cuidado a largo plazo o para cambiarse a otro programa de cuidado a largo plazo, MCO o ICA, incluso si no completan ninguna otra sección. Si la persona que recibe servicios está incapacitada no podrá firmar el formulario de cancelación de la inscripción. En su lugar, el tutor legal o custodio de la persona, o bien una persona con un poder notarial vigente, deberá firmar el formulario. Si la persona firma con una marca, es necesaria la firma de dos testigos. Si la persona no está capacitada físicamente para firmar, puede instruir a una persona adulta que firme el formulario en su nombre frente a dos testigos. La persona que firma debe indicar que lo hace por indicación del solicitante o afiliado.  **Sección H: Información completada por**  Esta sección la completa el ADRC o ADRS tribal para identificar quién completó el formulario y proporcionar a las personas la información de contacto del ADRC o ADRS tribal.  **Distribución de formularios y envío de la información**  Una vez se hayan completado todas las páginas del formulario, el ADRC o ADRS tribal debe enviar el formulario a:   * El miembro * PO, MCO o ICA actual y la que se solicita * La tribu, si corresponde * IM: Se debe enviar a IM cuando la persona esté:   + Cambiándose a causa de un traslado reciente y la nueva dirección no aparezca en FHiC, si el miembro está abierto en CARES.   + Cancelando su inscripción en Partnership y recibiendo MA a través de la elegibilidad de Community Waiver MA (exención comunitaria de MA) o MAPP.   El ADRC o ADRS tribal debe conservar el formulario original firmado de la solicitud de cancelación de la inscripción o una copia electrónica escaneada del formulario firmado durante un período de diez años en la eventualidad de que se soliciten registros**.** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Solicitud de cancelación de inscripción o cambio de  programa para miembros de Partnership**  **CIP** | | | | | | | | | | | | | | |
| Un ADRC o ADRS tribal debe completarla para su uso por parte del IM y la PO local. | | | | | | | | | | | | | | |
| **A. INFORMACIÓN PERSONAL** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre | | | | Inicial | | Apellido(s) | | | | | | | | | |
|  | | | |  | |  | | | | | | | | | |
| Domicilio | | | | | | Ciudad | | | | | | | | Código postal | |
| Condado de residencia | | | | | | Condado responsable | | | | | | | | | |
| Nativo americano o de Alaska  Sí  No | | | | | | Afiliación tribal nativa americana o de Alaska | | | | | | | | | |
| Número de teléfono | | | | | | Número de teléfono celular | | | | | | | | | |
| Fecha de nacimiento | | N.° de identificación del miembro (como consta en ForwardHealth) | | | | | | | Grupo personal de destino  FE  ID o DD  PD | | | | | | |
| Nombre de la persona de contacto | | | | | | Número de teléfono | | | | | | Número de teléfono celular | | | |
| Tutor  Cónyuge  Custodio  POA (Persona con poder notarial vigente)   Otra persona: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio | | | | | | Ciudad | | | | | | | | Código postal | |
| Nombre de la MCO | | | | | | | | | | | | | | | |
| **B. SOLICITUD DE CANCELACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | |
| La persona solicita dejar de participar en el programa Partnership (Alianza) (marque el que corresponda):  My Choice Wisconsin Health Plan, Inc.  Community Care Health Plan, Inc.  Independent Care Health Plan | | | | | | | | | | | | | | | |
| La persona solicita dejar de participar en la siguiente fecha:  (Puede no ser la fecha efectiva de cancelación de la inscripción) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha efectiva de cancelación de la inscripción: | | | | | | | | | | | | | | | |
| **C. SOLICITUD DE CAMBIO** | | | | | | | | | | | | | | | |
| La persona eligió cambiarse a un nuevo programa de cuidado a largo plazo o cambiarse a una nueva PO. A continuación, indique el programa elegido:  Family Care  IRIS  PACE  Una PO diferente  MCO, PO o ICA que se solicita: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha efectiva de cancelación de la inscripción: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha efectiva de la nueva inscripción en Family Care (Cuidado Familiar), Partnership (Alianza) o PACE, o fecha de referencia de IRIS (fecha de inicio determinada por la ICA):  Debe además completarse un nuevo formulario de inscripción o referencia | | | | | | | | | | | | | | | |
| Si esta solicitud de cambio se debe a un traslado, cumplimente la información solicitada a continuación para el nuevo domicilio: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio | | | | | | | | Ciudad | | | | | | | Código postal |
| Condado de residencia | | | Número de teléfono | | | | | | | Fecha efectiva del cambio | | | | | |
| **Fecha de elección del plan de Medicare**  N/C: La persona no reúne los requisitos para Medicare.  SEP: La persona reúne los requisitos para Special Election Period (período de elección especial).  Fecha efectiva del cambio de elección del plan de Medicare:  Sin SEP: La persona no reúne los requisitos para Special Election Period (período de elección especial).  Fecha efectiva del cambio de elección del plan de Medicare: | | | | | | | | | | | | | | |
| **D. MOTIVO DE LA SOLICITUD DE CANCELACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN O DEL CAMBIO** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Seleccione el motivo principal por el que el miembro o participante solicita cancelar su inscripción o cambiarse a un programa de cuidado a largo plazo, PO, MCO o ICA diferente: | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7E No estoy satisfecho/a con el reparto de costos. | | | | | | | 7M La elección de un hogar para mayores o servicios de hospicio. | | | | | | | | |
| 7A Dificultad para encontrar o mantener proveedores. | | | | | | | 7D Cambio a tarifa por servicio de Medicaid. | | | | | | | | |
| 7B Necesidad de asistencia adicional para coordinar servicios y atención. | | | | | | | 70 Traslado a otra región de servicios. | | | | | | | | |
| 7B No puedo confirmar todos los servicios u horas de servicios que necesito. | | | | | | | Trasladado fuera del estado. | | | | | | | | |
| 7A No puedo utilizar el proveedor de su elección. | | | | | | | 7B Los servicios no cumplieron con las expectativas. | | | | | | | | |
| 7L Problemas de servicio al cliente con la organización Partnership. | | | | | | | 72 Prefiero no proporcionar el motivo. | | | | | | | | |
| Servicios que ya no se necesitan. | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **E. QUEJAS O APELACIONES** | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿El miembro presentó alguna queja o apelación ante el comité de revisión de la PO u otra parte en relación con su deseo de cancelar la inscripción?  Sí  No | | | | | | | | | | | | | | | |
| **F. REVELACIÓN DE INFORMACIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Entiendo que el Estat. de Wisconsin, sección 46.284(7), permite que se proporcione a la agencia seleccionada anteriormente la información de Long-Term Care Functional Screen (Evaluación funcional de cuidados a largo plazo, LTCFS) sin mi consentimiento informado.**  Autorizo a que la agencia seleccionada anteriormente tenga acceso a la información indicada a continuación para ayudarme con la inscripción en mi nuevo programa o agencia:   * Mi Individual Support and Service Plan (Plan de Servicio y Ayuda Individual, ISSP) actual / Mi Member Centered Plan (Plan Centrado en Miembros, MCP) actual * Mi Behavior Support Plan/Restrictive Measure (plan de ayuda al comportamiento / Mi medida restrictiva) (si corresponde) * Documentos que establezcan la autoridad de mi tutor legal, custodio o persona con poder notarial vigente (si corresponde) * Órdenes judiciales (si corresponde) * Plan de crisis (si corresponde) * Otro – Especifique: | | | | | | | | | | | | | | |
| **FIRMA** –Miembro | | | | | | | | | | | | Fecha de la firma | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | |
| **Firma –** tutor legal, custodio o poder legal vigente | | | | | | | | | | | | Fecha de la firma | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | |
| **FIRMA –** Testigo (si corresponde) | | | | | | | | | | | | Fecha de la firma | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | |
| **FIRMA –** Testigo (si corresponde) | | | | | | | | | | | | Fecha de la firma | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | |
| **G. DECLARACIÓN DE INTENCIÓN: \*Debe firmar esta declaración de intención de cancelar su inscripción o cambio** | | | | | | | | | | | | | | |
| Yo, la persona que firma a continuación, he solicitado dejar de participar en un programa de atención a largo plazo y desafiliarme, o bien he solicitado cambiarme a otro programa o MCO de atención a largo plazo. Entiendo que, si solicito inscribirme en IRIS, no podré cancelar la inscripción en mi programa actual hasta que se apruebe mi plan de servicios de IRIS.  **Aviso importante:** Si solicita cancelar su inscripción, debe continuar recibiendo toda la atención médica de su plan hasta la fecha efectiva de la cancelación de su inscripción en el plan de Medicare. Los beneficios de Medicare de su plan Partnership (Alianza) actual continuarán durante un período de tiempo hasta un máximo de tres meses a partir de su solicitud de cancelación de inscripción o cambio. La fecha de inicio de su nueva cobertura depende de la elegibilidad del Special Election Period (período de elección especial, SEP). Cuando se desafilia de Partnership, puede elegir afiliarse a un nuevo plan de Medicare Advantage o a un plan independiente de la parte D de Medicare. Si una persona no toma medidas para inscribirse en otro plan de Medicare antes de la finalización de la cobertura de Partnership, será inscrito automáticamente en Original Medicare y correrá el riesgo de quedarse sin cobertura para medicamentos con receta. Póngase en contacto con su plan de Medicare actual para más información sobre la elegibilidad del SEP. Para obtener ayuda con las opciones de Medicare, la persona puede programar una cita con el especialista de beneficios del ADRC, con el especialista tribal de beneficios o llamar a la Línea Directa de Asistencia de Medigap de Wisconsin al 1-800-242-1060. | | | | | | | | | | | | | | |
| **FIRMA** –Miembro | | | | | | | | | | | | Fecha de la firma | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | |
| **Firma –** tutor legal, custodio o poder legal vigente | | | | | | | | | | | | Fecha de la firma | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | |
| **FIRMA** – Testigo (si corresponde) | | | | | | | | | | | | Fecha de la firma | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | |
| **FIRMA** – Testigo (si corresponde) | | | | | | | | | | | | Fecha de la firma | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | |
| **H. INFORMACIÓN COMPLETADA POR:** | | | | | | | | | | | | | | | |
| ADRC o tribu | | | | | | | | | | | Condado | | | | |
| Dirección postal del ADRC o de la tribu | | | | | Ciudad | | | | | | Código postal | | | | |
| Nombre del trabajador de ADRC o ADRS tribal | | | | | | | | | | | Número de teléfono | | | | |
| Correo electrónico | | | | | | | | | | | | | | | |
| **El personal del ADRC o ADRS tribal debería enviar todas las páginas del formulario completado, incluso si no se ha brindado la consulta sobre la cancelación de la inscripción.**  El ADRC o ADRS tribal debe conservar el formulario original firmado de la solicitud de cancelación o una copia electrónica escaneada del formulario firmado en sus registros durante un período de diez años en la eventualidad de que se soliciten registros.  Distribución del formulario completado:  Persona, tutor, custodio o persona con poder notarial vigente  PO, MCO o ICA actual y la que se solicita  IM (vea las instrucciones)  La tribu, si corresponde | | | | | | | | | | | | | | | |