**WISCONSIN DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**

Division of Public Health

F-02483S (02/2024)

**INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA PACE**

**INSTRUCCIONES E INFORMACIÓN IMPORTANTE**

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

Cumplimentar este formulario es voluntario; no obstante, debe cumplimentarlo si está interesado/a en afiliarse al programa PACE. Si desea realizar una solicitud para el programa PACE, 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](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 PACE.
* Después de firmar este formulario, puede optar por no inscribirse. Afiliarse a PACE es voluntario. Asimismo, puede desafiliarse en cualquier momento; no obstante, sus beneficios de Medicare continuarán formando parte del plan PACE hasta el último día del mes en que solicite desafiliarse del programa.
* Los cambios en su situación de salud o financiera pueden afectar su elegibilidad para el programa PACE. Si se produce un cambio de este tipo, comuníquese con el administrador de casos de su organización PACE o con el administrador de caso Tribal, si corresponde.
* Si bien no es obligatorio, para afiliarse a PACE, usted puede (1) tener derecho a la Medicare Part A,   
  (2) estar afiliado/a a Medicare Part B o (3) ser elegible para Medicare.

**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 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 organización PACE
* Otro ADRC o ADRS tribal
* Agencias de 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:

* 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 PACE 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 PACE.

**INFORMACIÓN RESPECTO A PACE**

PACE es un programa de Managed Care (atención administrada) 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 PACE, debe inscribirse en el plan PACE de Medicare. Los beneficios de su programa PACE de Medicare comenzarán el primer día del mes a partir del mes en que se determine que es elegible para PACE.

Si está afiliado/a en este momento a Medicare, su plan actual continuará brindándole los beneficios   
de Medicare hasta que sea elegible para afiliarse al plan PACE.

Para afiliarse a PACE, debe vivir en el área de servicio de una organización que proporcione PACE, tener al menos 55 años, necesitar un nivel de atención de un centro de personas mayores y ser capaz de vivir de manera segura en un entorno comunitario en el momento de la afiliación.

**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 solo 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 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 EL PROGRAMA PACE**

**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 | | | | | | |
| India Americana o Nativa 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 un custodio?  Sí. Fecha en la que se solicitó el 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 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 gracias a un empleador o sindicato en este momento, unirse a PACE podría afectar a los beneficios médicos que tiene en la actualidad. Es posible que pierda la cobertura médica de su empleador o sindicato si se une a PACE.** 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: ELECCIÓN DE INSCRIPCIÓN Y FIRMA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lea y firme abajo** | | | | | | | | | | | |
| Fecha de Inscripción solicitada: | | | | | | | | | | | |
| Plan PACE elegido:  PACE - Community Care Health Plan, Inc. | | | | | | | | | | | |
| **Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:**  Un PACE Plan es un plan de Medicare que 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. Continuaré recibiendo mis beneficios de Medicare por parte de mi plan actual de Medicare hasta el último día del mes en que envíe este formulario. Es mi responsabilidad informarle al ADRC o a ADRS tribal sobre mi cobertura al momento de mi inscripción e informarle a la organización de PACE 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 los reciba, leeré el manual para miembros y el acuerdo de inscripción a PACE del plan seleccionado para conocer qué normas debo seguir para obtener cobertura con este plan de Medicare Advantage o Medicare. Entiendo que las personas que tienen Medicare generalmente no tienen cobertura de Medicare 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 manual para afiliados y el acuerdo de afiliación de mi plan PACE 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, la persona que firma a continuación, declaro por la presente mi voluntad y acepto por la presente afiliarme al programa.  Entiendo que la fecha de inicio de mi afiliación a Medicaid será el y que mi afiliación a Medicare comenzará el primer día del mes a partir del envío de este formulario. Continuaré recibiendo los beneficios de Medicare de mi plan actual hasta que sea elegible para afiliarme al plan PACE que he seleccionado anteriormente. | | | | | | | | | | | |
| **Yo, la persona que firma a continuación, declaro por la presente mi voluntad y acepto por la presente afiliarme al programa PACE.** | | | | | | | | | | | |
| **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: | | | | | | | | | | | |
| Fecha efectiva de inscripción en Medicaid: | | | | | | Fecha de inscripción en Medicare: | | | | | |
| 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:  PACE | | | 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 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 | |
| **Para uso exclusivo de la oficina de PACE**  Número de identificación del plan: | | | | Nombre del miembro del personal (si ayudó con  la inscripción) | | | | | | | |
| 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 completado: | Persona, tutor, custodio o persona con poder notarial vigente  MCO seleccionado  Mantenimiento de ingresos, si corresponde  Tribu, si corresponde | | | | | | | | | | |