|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Public Health  F-02484S (02/2024) | **STATE OF WISCONSIN** |
| **PACE**  **Instrucciones para cancelación de inscripción o cambio  de programa para miembros de PACE**  **(PACE 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 del Programa Tribal de Recursos para el Envejecimiento y la Discapacidad, ADRS) a partir de la información personal que consta en ForwardHealth.  El ADRC o ADRS tribal debería verificar la información de contacto en esta sección y realizar las correcciones que sean necesarias. 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, la incidencia en la elegibilidad de Medicaid y cómo la fecha que se establezca influye en el costo compartido.  El ADRC o ADRS tribal ingresará la fecha efectiva de cancelación de la inscripción en el formulario. 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 la MCO para acelerar el proceso.  Los beneficios de Medicare del plan PACE actual de la persona pueden continuar hasta por 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 PACE 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 la finalización de la cobertura de PACE, será inscrita automáticamente en Original Medicare y correrá el riesgo de quedarse sin cobertura para medicamentos con receta. 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 en beneficios del ADRC, el especialista en beneficios tribales, 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, 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 referencia cuando un cliente opte por cambiarse a un nuevo programa, MCO o ICA. Si se inscribe en un programa o una agencia nuevos producto de un traslado, la fecha de inscripción se dejará inicialmente en blanco y se completará cuando las agencias del programa de cuidado a largo plazo la determinen.  Si la persona opta por inscribirse en Family Care (Cuidado Familiar) o Partnership (Alianza), el ADRC o ADRS tribal ingresará la nueva fecha de inscripción en el formulario. La fecha de inscripción será 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 PACE 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 provista determinará a qué entidad se debe informar del cambio y si será necesario completar un formulario de inscripción de los programas Family Care (Cuidado Familiar) o Partnership (Alianza), o un formulario de autorización de IRIS.  Los beneficios de Medicare del plan PACE actual de la persona podrán continuar hasta el último día del mes en que el miembro solicitó desafiliarse o cambiarse. Las personas que cancelen su inscripción en PACE 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 la finalización de la cobertura de PACE, será inscrita automáticamente en Original Medicare y correrá el riesgo de quedarse sin cobertura para medicamentos con receta. Para obtener ayuda con las opciones de Medicare, la persona puede programar una cita con el especialista en beneficios del ADRC, el especialista en beneficios tribales, o llamar a la Línea Directa 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 manera voluntaria al ADRC o ADRS tribal el motivo principal por el que desea dejar su programa.  **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 MCO cuentan con especialistas en derechos de miembros que ayudan a sus miembros a presentar apelaciones y quejas. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación o queja, puede consultar el manual para miembros de la MCO.  **Sección F: Autorización para divulgar información**  Complete esta sección cuando la persona solicite cambiarse a un nuevo programa de cuidado a largo plazo. Esta sección (1) le informa a la persona que la información de su Long-Term Care Functional Screen (Evaluación funcional de cuidados a largo plazo) puede ser enviada a la 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 cuidados 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 PACE 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 firme debería indicar que está firmando el formulario por instrucción del solicitante.  **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 las siguientes partes:   * El miembro * La organización PACE actual y la ICA o MCO 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 PACE y recibe 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**.** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **pace**  **CIP**  **de cancelación de inscripción o cambio de programa para miembros de PACE** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Para ser completado por el Aging and Disability Resource Center (Centro de Recursos para el Envejecimiento y la Discapacidad, ADRC) o un ADRS tribal, para ser utilizado por el Income Maintenance (Mantenimiento de Ingresos, IM) local y la organización PACE. | | | | | | | | | | | | | | | |
| **A. INFORMACIÓN PERSONAL** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre | | | | Inicial | | Apellido(s) | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | |  | | | | | | | | | | |
| Domicilio | | | | | | Ciudad | | | | | | | | Código postal | | |
| Condado de residencia | | | | | | Condado responsable | | | | | | | | | | |
| Nativa americana o nativa de Alaska  Sí  No | | | | | | Afiliación tribal nativa americana o de Alaska | | | | | | | | | | |
| Número de teléfono | | | | | | Número de teléfono celular | | | | | | | | | | |
| Fecha de nacimiento | | N.º de identificación de miembro (tal 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  Otra persona: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio | | | | | | Ciudad | | | | | | | | Código postal | | |
| Nombre de la organización PACE | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **B. SOLICITUD DE CANCELACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| La persona solicita dejar de participar en el programa PACE (marque el que corresponda):  Community Care Health Plan, Inc. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 elige cambiarse a un nuevo programa de cuidado a largo plazo. Indique el programa elegido a continuación:  Family Care  IRIS  Partnership  MCO, PO o ICA que se solicita: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha efectiva de cancelación de la inscripción: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha efectiva de la nueva inscripción en Family Care o Partnership  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 traslado | | | | | | | |
| **D. MOTIVO DE LA SOLICITUD DE CANCELACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN O DEL CAMBIO** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Seleccione el motivo principal por el que el miembro solicita cancelar su inscripción o cambiarse a un programa de cuidado a largo plazo, MCO o ICA diferente: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7E No estoy satisfecho/a con el reparto de costos o la prima de PACE | | | | | | | 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 Incapacidad de garantizar todos los servicios necesarios u horas de servicio | | | | | | | Trasladado fuera del estado | | | | | | | | | | |
| 7A Imposibilidad de usar el proveedor deseado | | | | | | | 7B Expectativas no cumplidas con los servicios | | | | | | | | | | |
| 7L Problemas de servicio al cliente con la MCO | | | | | | | 72 Prefiere no indicar el motivo | | | | | | | | | | |
| Los servicios ya no son necesarios | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **E. QUEJAS O APELACIONES** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Ha presentado el miembro una queja o apelación ante el comité de revisión de la organización PACE o ante otra parte en relación con su deseo de cancelar su 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 atención 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 el Miembro, 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, el abajo firmante, he solicitado dejar de participar en un programa de cuidado a largo plazo y cancelar mi inscripción, o bien he solicitado cambiarme a otro programa de cuidado 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.  Los beneficios de Medicare del plan PACE actual de la persona podrán continuar hasta el último día del mes en que el miembro solicitó desafiliarse o cambiarse. La fecha de inicio de la nueva cobertura depende de la elegibilidad del Special Election Period (Período de Elección Especial, SEP). Cuando cancele su inscripción en PACE puede 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 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. Comuníquese 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 en beneficios del ADRC, el especialista en beneficios tribales, o llamar a la Línea Directa de Asistencia de Medigap de Wisconsin al  1-800-242-1060.  **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. Póngase en contacto con su ADRC o ADRS tribal local para comprobar que su desafiliación ha sido efectiva antes de buscar servicios médicos fuera de la red de su plan. Su plan de Medicare le informará de la fecha efectiva de desafiliación después de que reciban una copia de este formulario. | | | | | | | | | | | | | | |
| **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: trabajador de ADRC o ADRS tribal | | | | | | | | | | | Número de teléfono | | | | | | |
| Correo electrónico | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **El ADRC o ADRS tribal debería enviar todas las páginas del formulario completo, 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 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.  Distribución del formulario completo:  Persona, tutor, custodio o persona con poder notarial vigente  MCO, PO o ICA actual y la que se solicita  IM (ver instrucciones)  La tribu, si corresponde | | | | | | | | | | | | | | | | | |