



Solicitud de Inscripción

Plan UnitedHealthcare (UHC) Dual Complete NY-Y001 (HMO D-SNP) Medicaid Advantage Plus

Use este formulario para solicitar la inscripción en el Plan UHC Dual Complete NY-Y001 Medicaid Advantage Plus.

Información del Solicitante

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial 2.º nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: Masculino Femenino Distrito/Condado: _____

Teléfono residencial: _____ Teléfono alternativo: _____

Dirección de residencia permanente: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de Medicaid: _____ Número de Medicare: _____ Parte A Parte B

Acuerdo de Inscripción

Sí No Deseo inscribirme en el Plan UHC Dual Complete NY-Y001 Medicaid Advantage Plus y entiendo que la inscripción es voluntaria.

Sí No Recibí y me han explicado la Guía para Miembros, que incluye las reglas y responsabilidades de la membresía en el plan y los servicios cubiertos y no cubiertos.

Sí No Acepto participar en el plan según los términos y las condiciones descritos en la Guía para Miembros.

Sí No Entiendo que puedo decidir cancelar la inscripción en el plan mediante un aviso verbal o por escrito y UnitedHealthcare me notificará mi fecha de cancelación de la inscripción.

Sí No Acepto recibir todos los servicios cubiertos de la red de proveedores de UnitedHealthcare y tengo una copia del directorio de la red de proveedores.

Sí No Entiendo que mi fecha de inscripción esperada es el _____.

Sí No Entiendo que puedo elegir mi proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP) y cualquier especialista, dado que estos servicios están cubiertos por el plan.

Sí No Entiendo que UnitedHealthcare trabajará con mis médicos para garantizar que reciba un cuidado de alta calidad para satisfacer mis necesidades individuales.

Sí No Entiendo que es posible que tenga un excedente o una deducción de gastos de Medicaid como condición de mis requisitos de participación en Medicaid. De ser así, acepto pagar la cantidad mensual de excedente o deducción de gastos al plan.

Sí No Entiendo que esta solicitud de inscripción debe ser aprobada por New York Medicaid Choice.

Sí No Si soy o me convierto en residente de un centro de enfermería, acepto recibir una referencia al contratista del Estado de New York para *Money Follows the Person/ Open Doors*, un programa que puede trabajar con UnitedHealthcare para ayudarme a regresar a la vida comunitaria.

Firma del Solicitante

Al firmar este formulario, entiendo que estoy solicitando que se me inscriba en el Plan UHC Dual Complete NY-Y001 Medicaid Advantage Plus y que puedo cancelar la inscripción en cualquier momento.

Nombre del solicitante (en letra de molde): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Otras Firmas Requeridas

Nombre del representante autorizado/legal (en letra de molde): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del testigo (en letra de molde): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre de la enfermera titulada de UnitedHealthcare (en letra de molde): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Firma del Traductor (para solicitantes que no hablan inglés como lengua materna)

Leí y traduje esta solicitud de inscripción en la lengua materna del solicitante indicado anteriormente.

Nombre del traductor/Servicio de traducción* (en letra de molde): _____

Firma: _____ Fecha: _____

* Si la traducción se realizó de manera virtual o telefónica, indique el nombre del servicio de traducción utilizado (por ejemplo, Language Line). Solo se requiere la firma del traductor si la traducción se realizó en persona.

UHC Dual Complete NY-Y001 Medicaid Advantage Plus Plan es el nombre comercial del Programa Medicaid Advantage Plus (MAP) de UnitedHealthcare of New York, Inc.

DECLARACIÓN SOBRE LA LEY DE PRIVACIDAD: Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de los planes de Medicare para llevar un registro de la inscripción de beneficiarios en Planes Medicare Advantage (MA) o Planes de Medicamentos con Receta (Prescription Drug Plans, PDP), para mejorar el cuidado y para el pago de beneficios de Medicare. Las Secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y las Secciones 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR) 42 autorizan la recopilación de esta información. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Aviso del Sistema de Registros (System of Records Notice, SORN) "Medicamentos con Receta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)", sistema número 09-70-0588. Su respuesta a esta solicitud es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta podría afectar su inscripción en el plan. UHC Dual Complete NY-Y001 (HMO D-SNP) está asegurado a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización de planes Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el Programa Estatal de Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

This information is available for free in other languages. Please call our customer service number located on the back cover of this book.

Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente situado en la contraportada de este libro.

本資訊免費提供其他語言版本。請利用本手冊封底的號碼致電我們的客戶服務部

AVISO DE ANTIDISCRIMINACIÓN

UnitedHealthcare Dual Complete NY-Y001 (HMO D-SNP) cumple las leyes federales de derechos civiles. UnitedHealthcare Dual Complete NY-Y001 (HMO D-SNP) no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

UnitedHealthcare Dual Complete NY-Y001 (HMO D-SNP) ofrece lo siguiente:

- Ayuda y servicios gratuitos para personas con discapacidades para ayudarles a comunicarse con nosotros, como por ejemplo:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros)
- Servicios gratuitos en otros idiomas a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a UnitedHealthcare Dual Complete NY-Y001 (HMO D-SNP) al **1-866-547-0772**. Para servicios de TTY/TTD, llame al **711**.

Si cree que UnitedHealthcare Dual Complete NY-Y001 (HMO D-SNP) no le ha prestado estos servicios o que le ha tratado de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante UnitedHealthcare Dual Complete NY-Y001 (HMO D-SNP) por:

Correo: UnitedHealthcare Civil Rights Grievance
Attn: Civil Rights Coordinator
P.O. Box 30608, Salt Lake City, UT, 84130
Correo Electrónico: **UHC_Civil_Rights@uhc.com**
Teléfono: **1-866-547-0772** (para servicios TTY/TDD, llame al **711**)

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos por:

Internet: Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Correo: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
Hay formularios de queja disponibles en
hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html
Teléfono: 1-800-368-1019 (TTY/TDD 1-800-537-7697)

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-547-0772, TTY/TDD 711.	English
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-547-0772, TTY/TDD 711.	Spanish
注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-547-0772, TTY/TDD 711.	Chinese
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك بالمجان. اتصل برقم 1-866-547-0772، TTY/TDD 711.	Arabic
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 1-866-547-0772, TTY/TDD 711.번으로 전화해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-547-0772 (телетайп: TTY/TDD 711).	Russian
ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-866-547-0772, TTY/TDD 711.	Italian
ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-547-0772, TTY/TDD 711.	French
ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-866-547-0772, TTY/TDD 711.	French Creole
אויפֿמערקזאַם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פֿאַרהאַן פֿאַר אײך שפּראַך הילף סערוויסעס פֿרײַ פֿון אפּצאַל. רופֿט 1-866-547-0772, TTY/TDD 711.	Yiddish
UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-866-547-0772, TTY/TDD 711.	Polish
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-547-0772, TTY/TDD 711.	Tagalog
লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা কথা বলেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন 1-866-547-0772, TTY/TDD 711.	Bengali
VINI RE: Shërbime të ndihmës gjuhësore, falas, janë në dispozicion për ju. Telefononi në 1-866-547-0772, TTY/TDD 711.	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-866-547-0772, TTY/TDD 711.	Greek
توجه فرمائیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں تو آپ کو زبان میں مدد کی خدمات مفت دستیاب ہیں۔ 1-866-547-0772، TTY/TDD 711 پر کال کریں۔	Urdu

Aviso sobre Derechos Civiles

La compañía cumple las leyes federales de derechos civiles vigentes y no trata a los miembros de manera diferente por motivos de sexo, edad, raza, color, discapacidad u origen nacional.

Si piensa que se le ha tratado injustamente debido a una cuestión de su sexo, edad, raza, color, origen nacional o discapacidad, puede enviar una queja a nuestro Coordinador de Derechos Civiles.

- **Por Internet:** UHC_Civil_Rights@uhc.com
- **Correo:** Civil Rights Coordinator
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance
P.O. Box 30608
Salt Lake City, UT 84130

Debe enviar la queja en un plazo no mayor de 60 días luego de haberse dado cuenta de lo ocurrido. Recibirá la decisión en un plazo no mayor de 30 días. Si no está de acuerdo con la decisión, tendrá 15 días para pedirnos que la revisemos nuevamente. Si necesita ayuda para presentar su queja, llame al número de teléfono gratuito que se encuentra en la portada de su guía o en su tarjeta de ID de membresía (TTY **711**).

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

- **Por Internet:** <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>
- **Teléfono:** Número gratuito **1-800-368-1019, 800-537-7697** (TDD)
- **Correo:** U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Ave SW
HHH Building, Room 509F
Washington, D.C. 20201

Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, cartas en otros idiomas o en letra grande. O bien, usted puede pedir un intérprete. Para pedir ayuda, llame al número de teléfono gratuito que se encuentra en la portada de la guía o en su tarjeta de ID de membresía (TTY **711**), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este.

Servicios de Interpretación en Varios Idiomas

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, please call us using the toll-free number on your member identification card. Someone who speaks your language can help you. This is a free service.

Spanish: Contamos con servicios gratuitos de intérprete para responder cualquier pregunta que pudiera tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener los servicios de un intérprete, llámenos al número de teléfono gratuito que figura en su tarjeta de identificación de miembro. Una persona que habla su idioma podrá ayudarle. Es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费口译服务，解答您对我们的健康或药物计划的任何疑问。如需寻找一名口译员，请使用您的会员身份证上的免费电话号码联系我们。一名与您讲相同语言的人可以为您提供帮助。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 我們提供免費的口譯服務，可回答您可能對我們的健康或藥物計劃的任何問題。如需口譯員，請撥打您的會員識別卡上的免付費電話號碼聯絡我們。會說您的語言的人可協助您。這是免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo ng interpreter para sagutin anumang tanong na maaaring mayroon ka tungkol sa kalusugan o plano ng gamot. Para makakuha ng interpreter, pakitawagan kami gamit ang libreng numero sa iyong kard ng pagkakakilanlan ng kasapi. Sinumang nagsasalita ng wika mo ay puwedeng makatulong sa iyo. Ang serbisyong ito ay libre.

French: Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes les questions que vous pourriez vous poser sur notre régime d'assurance maladie ou d'assurance-médicaments. Pour recevoir l'aide d'un interprète, veuillez nous appeler en composant le numéro gratuit figurant sur votre carte d'identification de membre. Quelqu'un parlant votre langue peut vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời các câu hỏi mà bạn có về chương trình sức khỏe hay thuốc của chúng tôi. Để gặp thông dịch viên, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số điện thoại miễn phí trên thẻ nhận dạng thành viên của bạn. Người nói cùng ngôn ngữ với bạn có thể giúp bạn. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Wir verfügen über kostenlose Dolmetscherdienste, um alle Fragen zu beantworten, die Sie über unseren Gesundheits- oder Medikamentenplan haben mögen. Um einen Dolmetscher zu erhalten, rufen Sie uns bitte unter der kostenfreien Nummer auf Ihrem Mitgliedsausweis an. Jemand, der Ihre Sprache spricht, kann Ihnen helfen. Dies ist eine kostenlose Dienstleistung.

Korean: 건강 또는 의약품 플랜에 관한 질문에 답변해드리기 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다. 통역 서비스를 이용하려면, 가입자 ID 카드에 있는 수신자 부담 전화번호로 전화해 주십시오. 한국어를 사용하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 이 서비스는 무료입니다.

Russian: Если у Вас возникнут какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане по приобретению препаратов, мы предоставим Вам бесплатные услуги устного перевода. Для того чтобы воспользоваться услугами устного перевода, пожалуйста, свяжитесь с нами по бесплатному номеру телефона, указанному на Вашей идентификационной карте участника плана. Сотрудник, который говорит на Вашем языке, сможет Вам помочь. Данная услуга предоставляется бесплатно.

Arabic: لدينا خدمات ترجمة فورية للرد على أي أسئلة قد تكون لديك حول الخطة الصحية أو خطة الأدوية الخاصة بنا. للحصول على مترجم، اتصل بنا باستخدام رقم الهاتف المجاني على بطاقة تعريف عضويتك. سيساعدك شخص ما يتحدث لغتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा प्लान के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएं मौजूद हैं। दुभाषिया पाने के लिए, कृपया अपने सदस्य पहचान पत्र पर टोल-फ्री नंबर का उपयोग करके हमें कॉल करें। आपकी भाषा बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

Italian: Mettiamo a disposizione un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario o farmaceutico. Per avvalersi di un interprete, si prega di chiamare il numero verde riportato sulla tessera identificativa. Una persona che parla italiano potrà fornire l'assistenza richiesta. Il servizio è gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de intérprete gratuitos para esclarecer quaisquer dúvidas que tenha sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número gratuito no seu cartão de identificação de membro. Alguém que fala a sua língua pode ajudá-lo(a). Este é um serviço gratuito.

French Creole: Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou gendwa genyen konsènan plan sante oswa medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, tanpri rele nou apati nimewo apèl gratis ki sou kat idantifikasyon kòm manm ou an. Yon moun ki pale lang ou ka ede ou. Sa se yon sèvis gratis.

Polish: Oferujemy bezpłatne usługi tłumaczeniowe, aby odpowiedzieć na wszelkie pytania dotyczące naszego planu ubezpieczenia zdrowotnego lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza, proszę zadzwonić pod bezpłatny numer telefonu podany na karcie identyfikacyjnej członka planu. Osoba posługująca się Pana/Pani językiem Panu/Pani pomoże. Usługa ta jest bezpłatna.

Japanese: 当社の医療または処方薬プランに関する質問にお答えするために、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳が必要な場合には、会員IDカードに記載されているフリーダイヤル番号を使用して、当社までお問い合わせください。お客様の言語を話す通訳者がお手伝いいたします。これは無料のサービスです。