

SOLICITUD DE MEDIOS ALTERNATIVOS DE COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL

Utilice este formulario si quiere recibir la correspondencia o llamadas telefónicas de Neighborhood en otra dirección porque teme por su seguridad.

INSTRUCCIONES

Sección A: Escriba su nombre, dirección, número telefónico y número de ID de Neighborhood.

Sección B: Si usted es el representante personal del miembro, por favor escriba su nombre en esta sección y adjunte el documento que lo acredite como tal (p. ej., un poder legal debidamente firmado).

Sección C: Escriba la dirección o número telefónico para que Neighborhood le contacte.

Sección D: Usted o su representante personal **DEBEN** firmar este formulario.

Envíe este formulario a: Neighborhood Health Plan of Rhode Island
Attn: Compliance Department
910 Douglas Pike
Smithfield, RI 02917

Si necesita ayuda con este formulario, por favor comuníquese con Servicios para Miembros de Neighborhood:

Planes Medicaid: 1-800-459-6019 (TTY 711)

Neighborhood INTEGRITY (Plan Medicare-Medicaid): 1-844-812-6896 (TTY 711)

Planes comerciales: 1-855-321-9244 (TTY 711)

SOLICITUD DE MEDIOS ALTERNATIVOS DE COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Por favor llene:

NOMBRE		NÚMERO TELEFÓNICO DE DÍA	
DIRECCIÓN			
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	NRO. DE ID DEL MIEMBRO

NOTA: Neighborhood Health Plan of Rhode Island puede enviarle correspondencia que contenga su información médica protegida o llamarle al domicilio y número telefónico que tenemos en expediente. Si cree que esto podría ponerle en peligro, tiene derecho de pedirnos que utilicemos otra manera de contactarle (política nro. 000054 de Neighborhood). Sin embargo, no lo haremos solamente por motivos de conveniencia.

SECCIÓN B: REPRESENTANTE PERSONAL

Si usted no es el miembro, escriba su nombre más abajo y luego marque la casilla que describa su relación con el miembro. **Por favor, adjunte un comprobante de su relación con el miembro (p. ej., poder legal, nombramiento de tutor, etc.).**

Escriba con letra de molde el nombre del representante personal: _____

- Tutor legal:** Adjunte documento que lo acredite como tutor, el cual debe estar firmado y llevar un timbre judicial.
- Apoderado legal:** Adjunte poder legal, que debe incluir una autorización de divulgación de información médica.
- Albacea:** Adjunte carta de nombramiento de albacea, la cual debe estar firmada y llevar un timbre judicial.

SECCIÓN C: INFORMACIÓN DE CONTACTO NUEVA

Por favor, escriba la dirección, número telefónico, etc. que quiera que usemos:

DIRECCIÓN		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO TELEFÓNICO DE DÍA	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	

SECCIÓN D: FIRMA

Por favor, firme y escriba la fecha:

Leí la información anterior y considero que mi información médica debe enviármese a otra dirección o comunicármese a otro número telefónico porque creo que recibirla por otros medios puede ponerme en peligro.

FIRMA DEL MIEMBRO O SU REPRESENTANTE PERSONAL

FECHA



Neighborhood Health Plan of Rhode Island es un plan de seguro médico que tiene contratos con Medicare y Rhode Island Medicaid para proporcionar beneficios de ambos programas a sus miembros.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call Member Services at 1-844-812-6896 (TTY 711), 8 am to 8 pm, Monday – Friday; 8 am to 12 pm on Saturday. On Saturday afternoons, Sundays and holidays, you may be asked to leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

ATENCIÓN: Si usted habla Español, servicios de asistencia con el idioma, de forma gratuita, están disponibles para usted. Llame a Servicios a los Miembros al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, de lunes a viernes, de 8 am a 12 pm los Sábados. En las tardes de los Sábados, domingos y feriados, se le pedirá que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

ATENÇÃO: Se fala português, estão disponíveis serviços de assistência linguística gratuitamente. Ligue para os Serviços dos Membros através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; e das 8h às 12h, ao sábado, domingos e feriados. Nas tardes de sábado, domingos e feriados, pode ser convidado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte. A chamada é gratuita.

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ មានសេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសា
ដោយមិនគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-844-812-6896 (TTY 711)
ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ 8 យប់ថ្ងៃចន្ទ - សុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ 12 យប់នៅថ្ងៃសៅរ៍។
នៅរៀងរាល់រសៀលថ្ងៃសៅរ៍ ថ្ងៃអាទិត្យ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក អ្នកអាចត្រូវបានស្នើសុំឱ្យទុកសារ។
ការហៅរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានគេហៅក្រឡប់មកវិញក្នុងថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។ ការទូរស័ព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។