Oficina del estado de Nueva York para personas con discapacidades del desarrollo

Medicare Parte D
Declaración de la idoneidad/autoridad de un beneficiario que NO vive en una residencia certificada o dirigida por OPWDD

Este formulario será usado por un miembro adulto de la familia, un amigo adulto, un abogado adulto o un adulto corresponsal de un beneficiario de Medicaid que no vive en una residencia certificada o dirigida por la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD). Declara la idoneidad de la persona para tomar decisiones con respecto al beneficio de medicamentos recetados de Medicare en representación del beneficiario y el fundamento de dicha idoneidad

Instrucciones:

1. Por favor complete todos los campos en este formulario. (Nota: si está inscribiendo al beneficiario en un plan, no debe completar un número de Id. de plan de beneficiario.)
2. Señale las opciones apropiadas.
3. Asegúrese de escribir su nombre, firmar y poner la fecha en la parte de abajo.
4. Quédese con el original.

Nombre del beneficiario	Fecha de nacimiento	Número de Medicare

Nombre del plan de medicamentos recetados	Número de Id. del plan de beneficiario

El beneficiario arriba mencionado es mayor de 18 años de edad. Esta persona no tiene un tutor y se ha determinando que no tiene la capacidad de tomar decisiones sobre (señale todas las opciones que correspondan):

☐ Inscripción en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

☐ Tomar parte en un proceso de revisión de Medicare Parte D. Esto incluye presentar quejas, enviar reclamaciones, solicitar y obtener determinaciones de cobertura (incluso solicitudes de excepción y solicitudes de procedimientos expeditivos), presentar y solicitar apelaciones y lidiar con cualquier parte del proceso de apelaciones.

Relación con el beneficiario. Por favor señale **una** opción de las siguientes:

☐ Cónyuge
☐ Padre o madre
☐ Hijo adulto
☐ Hermano adulto
☐ Miembro de la familia adulto
☐ Amigo adulto, abogado o corresponsal

De conformidad con 14 NYCRR subsecciones 635-11, estoy autorizado a tomar decisiones de inscripción en representación del beneficiario y/o a tomar parte en el proceso de revisión de Medicare Parte D si el beneficiario carece de las capacidades para hacerlo por sí mismo.

Nombre _____ Fecha_____

Firma_____

Teléfono _____