



**Oficina del estado de Nueva York para personas con discapacidades del desarrollo**  
**Medicare Parte D**  
**Declaración de idoneidad de la/autoridad**  
**para una Agencia de coordinación de servicios de Medicaid**

Este formulario será usado por una Oficina Estatal de Operaciones de Discapacidades del Desarrollo (DDSOO) o una agencia que proporcione coordinación de servicios de Medicaid (un servicio de OPWDD) a un beneficiario de Medicare. Declara la autoridad del proveedor de tomar decisiones con respecto al beneficio de medicamentos recetados de Medicare en representación del beneficiario y 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 del beneficiario.)
2. Señale las opciones apropiadas.
3. Por favor escriba su nombre y firme en donde corresponda.
4. Quédese con el original.

Nombre de DDSOO o Agencia \_\_\_\_\_

Nombre del beneficiario	Fecha de nacimiento	Número de Medicare

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

El beneficiario arriba mencionado es mayor de 18 años de edad y recibe servicios residenciales de la agencia o DDSOO arriba nombrada. Esta persona no cuenta con un tutor ni con un cónyuge dispuesto y disponible, padre o madre, hijo adulto, hermano adulto, miembro de la familia adulto, amigo adulto, abogado adulto o corresponsal adulto y se ha determinado 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.

Por favor señale **una** de las siguientes opciones y firme en donde corresponda:

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

Nombre del director ejecutivo o director de DDSOO \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

- El director ejecutivo de la Agencia o director de DDSOO me/nos ha designado a mí/nosotros para inscribir al beneficiario en un plan de medicamentos recetados de Medicare y/o para tomar parte en el proceso de revisión de Medicare Parte D en nombre del beneficiario. De conformidad con 14 NYCRR subsecciones 633-11, estoy/estamos autorizado(s) a tomar decisiones de inscripción por el beneficiario y/o tomar parte en el proceso de revisión de Medicare Parte D si el beneficiario carece de las capacidades para hacerlo por sí mismo.

Nombre del designado \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Nombre del designado \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Nombre del designado \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Teléfono de la Agencia/DDSO \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_