



Office for People With Developmental Disabilities

Declaración de Autoridad Medicare Parte D Para beneficiarios que Viven en residencias Certificadas u Operadas por OPWDD

Este formulario será usado por una Oficina de Operaciones Estatales para Discapacidades del Desarrollo (DDSOO) o por una agencia que proporcione servicios residenciales certificados OPWDD para beneficiarios de Medicare. Se establece la autoridad para el proveedor para tomar decisiones relacionadas al beneficio de medicamentos con prescripción médica de Medicare para los beneficiarios y la base de esta autoridad. **El formulario Medicare-5 de OPWDD se deberá usar cuando se necesite contactar a Plan Medicare Parte D para beneficiario único.**

Instrucciones:

1. Por favor complete este formulario y adjunte una lista de los designados y beneficiarios en cuyo nombre pueden actuar dichos designados. Un director de DDSOO no puede designar a alguien que no trabaje para la DDSOO para que actúe en su nombre, y un director de una agencia que proporciona servicios residenciales certificados OPWDD no puede designar a alguien que no trabaje para dicha agencia para que lo represente en su nombre.
2. Si este formulario fuera dado a un plan específico, ingrese el nombre del Plan de Medicamentos Prescritos y el Número de ID del Plan. Sólo el beneficiario actualmente inscrito en el plan o quien esté siendo inscrito en el plan deberían estar incluidos en la lista adjunta de beneficiarios. (**Nota:** No proporcione información personalmente identificable de un beneficiario que no está o no estará inscrito en este plan.)
3. Marque las casillas apropiadas.
4. Escriba el nombre con letra imprenta y firme donde corresponda.
5. Guarde el original.

Nombre de la DDSOO o Agencia _____

Nombre del Plan de Medicamentos con Prescripción médica	Número de ID del Plan

Los beneficiarios nombrados en la lista adjunta son mayores de 18 años de edad y están recibiendo servicios residenciales de la agencia o de la DDSOO nombrada más arriba. Ninguno de estos beneficiarios tiene un tutor y a todos ellos se les ha determinado alguna pérdida de habilidad para tomar decisiones sobre (controlar aquellos que apliquen):

- Inscripción en un plan de medicamentos recetados de Medicare Parte D
- Actuación en el proceso de revisión de Parte D de Medicare. Esto incluye presentación de quejas, reclamos, pedidos y obtención de determinaciones sobre la cobertura (incluyendo pedidos de excepción y solicitudes de procedimientos expeditivos), compleción y pedidos de apelaciones y lo concerniente a cualquier parte del procedimiento de dichas apelaciones.

Firme abajo:

Soy el Director Ejecutivo de la agencia o Director de la DDSOO. De conformidad a la Subparte 14 NYCRR 635-11, estoy autorizado a tomar decisiones relacionadas a las inscripciones para los beneficiarios y/o sus actos en el proceso de revisión de Medicare Part D si los beneficiarios se vieran imposibilitados de hacerlo. De conformidad con la Subparte 14 NYCRR 633-11, 1633-11, autorizo a mis empleados cuyos nombres aparecen en la lista adjunta como mis designados para tomar decisiones sobre inscripciones y/o actuar en el proceso de revisión de Medicare Parte D en caso que los beneficiarios pierdan la habilidad de hacerlo.

Nombre del Director Ejecutivo o del Director de la DDSOO _____

Firma _____

Domicilio de la Agencia/DDSOO _____

Número de Teléfono de la Agencia/DDSOO _____ Fecha _____