



## **SOLICITUD DE MEDIO ALTERNATIVO PARA COMUNICACIONES CONFIDENCIALES**

Utilice este formulario si quiere recibir correos o llamadas telefónicas de Neighborhood a una dirección diferente porque le preocupa su seguridad.

### **INSTRUCCIONES**

- Sección A:** Complete su nombre, dirección, número de teléfono y número de identificación de Neighborhood.
- Sección B:** Si usted es el representante personal del miembro, escriba aquí su nombre y adjunte el documento correspondiente (por ejemplo, un poder notarial firmado).
- Sección C:** Complete la dirección y/o el número de teléfono al que quiere que Neighborhood se contacte con usted.
- Sección D:** Usted o su representante personal **DEBEN** firmar este documento.
- Envíe este formulario a:** Neighborhood Health Plan of Rhode Island  
Attn: Departamento de Cumplimiento (Compliance Department)  
910 Douglas Pike  
Smithfield, RI 02917

**Si necesita ayuda con este formulario, comuníquese con  
Servicios para Miembros de Neighborhood al 1-800-963-1001 (TTY 711).**

INTEGRITY for Duals (HMO D-SNP) y Dual CONNECT (HMO D-SNP) de Neighborhood Health Plan of Rhode Island son planes de salud que tienen contrato con Medicare y el programa Medicaid de Rhode Island. La inscripción en el plan INTEGRITY for Duals o Dual CONNECT de Neighborhood Health Plan of Rhode Island depende de la renovación del contrato.

## SOLICITUD DE MEDIO ALTERNATIVO PARA COMUNICACIONES CONFIDENCIALES

### SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Complete lo siguiente:

|           |        |                                            |                       |
|-----------|--------|--------------------------------------------|-----------------------|
| NOMBRE    |        | NÚMERO DEL TELÉFONO QUE USA DURANTE EL DÍA |                       |
| DIRECCIÓN |        |                                            |                       |
| CIUDAD    | ESTADO | CÓDIGO POSTAL                              | N.º DE ID DEL MIEMBRO |

**NOTA:** Neighborhood Health Plan of Rhode Island podría enviarle material que contiene su información médica protegida o contactarlo en la dirección y número de teléfono que figuran en nuestros registros. Si cree que esto podría suponer un riesgo para usted, tiene derecho a solicitar que utilicemos otro medio de contacto (política de Neighborhood n.º 000054). No haremos esto solo por motivos de conveniencia.

### SECCIÓN B: REPRESENTANTE PERSONAL

\*Complete esta sección solo si no es el miembro. Escriba su nombre en letra imprenta a continuación y marque la casilla que describe su relación con el miembro. **Adjunte una prueba de su relación con el miembro (por ejemplo, poder notarial, documentación de tutela, etc.).**

Nombre en letra imprenta del  
representante personal: \_\_\_\_\_

- ☐ **Tutor legal:** Adjunte la documentación de tutela, que debe llevar el sello y la firma del tribunal.
- ☐ **Poder notarial:** Adjunte el poder notarial (debe incluir la autorización para divulgar información médica)
- ☐ **Albacea:** Adjunte la carta de nombramiento como albacea, que debe llevar el sello y la firma del tribunal.

### SECCIÓN C: NUEVA INFORMACIÓN DE CONTACTO

Indíquenos la dirección, el número de teléfono, etc. que quiere que utilicemos:

|                                            |        |                                 |
|--------------------------------------------|--------|---------------------------------|
| DIRECCIÓN                                  |        |                                 |
| CIUDAD                                     | ESTADO | CÓDIGO POSTAL                   |
| NÚMERO DEL TELÉFONO QUE USA DURANTE EL DÍA |        | DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO |

### SECCIÓN D: FIRMA

Firme y coloque la fecha:

He leído la declaración anterior y creo que necesito que se me envíe mi información médica a otra dirección y/o número de teléfono porque considero que otros métodos podrían ponerme en peligro.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MIEMBRO o REPRESENTANTE PERSONAL

\_\_\_\_\_  
FECHA