



SOLICITUD DE MEDIOS ALTERNATIVOS DE COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL

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

INSTRUCCIONES

- Sección A:** Escriba su nombre, dirección, número telefónico y número de identificación de Neighborhood.
- Sección B:** Si usted es el representante personal del miembro, por favor escriba su nombre en esta sección y adjunte un documento de comprobación (p. ej., poder notarial firmado).
- Sección C:** Escriba la dirección o número telefónico a los que quiere que Neighborhood le contacte.
- Sección D:** Usted o su representante **DEBEN** firmar este documento.
- Por favor envíe este formulario a:** Neighborhood Health Plan of Rhode Island
Attn: Compliance Department
910 Douglas Pike
Smithfield, RI 02917

Neighborhood Health Plan of Rhode Island cumple con las leyes federales pertinentes de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-401-459-6019 (TTY 711).

Portuguese: ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-401-459-6019 (TTY 711).

Si necesita ayuda para llenar este formulario, por favor llame a Servicios para Miembros de Neighborhood al teléfono 1-800-459-6019 (TTY 711).

SOLICITUD DE MEDIOS ALTERNATIVOS DE COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Por favor, llene esta sección:

NOMBRE		NRO. TELEFÓNICO DIURNO	
DIRECCIÓN			
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	NRO. DE ID DE MIEMBRO

NOTA: Neighborhood Health Plan of Rhode Island puede enviarle correspondencia postal con su información médica protegida, o llamarle a la dirección y teléfono que tenemos en nuestros expedientes. Si usted cree que eso puede ponerle en peligro, tiene derecho a solicitar que usemos otra manera de contactarle. Sin embargo, no lo haremos únicamente por motivos de conveniencia.

SECCIÓN B: REPRESENTANTE PERSONAL

Si usted no es el miembro, por favor escriba su nombre abajo y marque la casilla que describe su relación con el miembro. **Por favor, adjunte un comprobante de su relación con el miembro (p. ej., poder notarial o carta de custodia).**

Nombre del representante personal (en letra de molde): _____

- Custodio legal:** Adjunte carta o documento de custodia, sellados y firmados por un juez.
- Apoderado legal:** Adjunte poder notarial (debe incluir autorización de divulgación de información médica)
- Albacea:** Adjunte documento de nombramiento de albacea, sellado y firmado por un juez.

SECCIÓN C: NUEVA INFORMACIÓN DE CONTACTO

Por favor, escriba la dirección, número telefónico, etc., que quiere que utilicemos para contactarle:

SECCIÓN D: FIRMA

Por favor, firme y ponga la fecha:

“Leí este formulario y necesito que me envíen mi información médica a una dirección o número de teléfono nuevos porque creo que enviármela de otra manera puede ponerme en peligro.

FIRMA DEL MIEMBRO O DE SU REPRESENTANTE

FECHA