

# Administración de la atención adaptada formulario de inscripción, exclusión o cambio

## Instrucciones del formulario

---

1. Ingrese toda la información de miembros solicitada en la **PARTE A** del formulario de la página siguiente.
2. Si desea recibir administración de la atención adaptada, complete la primera línea de la **PARTE B** para “inscribirse” en este beneficio.
  - Marque la casilla “Elijo recibir administración de la atención adaptada.”
  - Si cambia de opinión, puede elegir dejar de recibir este beneficio en cualquier momento llamando a Servicios para miembros y beneficiarios de Vaya al 1-800-962-9003 (Relay NC: 711).
3. Si no desea recibir administración de la atención adaptada, complete la segunda porción de la **PARTE B** para “excluirse” de este beneficio.
  - Marque la casilla “Elijo no recibir administración de la atención adaptada.”
  - Marque las casillas que indican los motivos por los que elige no recibir el beneficio.
  - Si marca “Otro,” proporcione información adicional sobre su decisión.
  - Si cambia de opinión, puede volver a inscribirse en cualquier momento llamando a Servicios para miembros y beneficiarios de Vaya al 1-800-962-9003 (Relay NC: 711).
4. Si desea cambiar de administrador de atención o de proveedor de administración de la atención adaptada, complete la porción correspondiente de la **PARTE C**.
  - Marque la casilla “Quiero un administrador de atención diferente” o la casilla “Quiero un proveedor de administración de la atención adaptada diferente.”
  - Marque la casilla correspondiente a los motivos por los que solicita el cambio.
  - Si marca la casilla “Otro”, proporcione información adicional sobre los motivos de su solicitud.
5. Envíe el formulario a Vaya a través de una de las opciones que se indican abajo.

Para obtener ayuda para completar este formulario, llame a la línea de Servicios para miembros y beneficiarios de Vaya al 1-800-962-9003 (Relay NC: 711). También puede iniciar sesión en el portal de miembros y beneficiarios del [sitio web de Vaya](#) para completar este formulario en línea.

## Opciones de envío de formularios

---

Envíe su formulario completo a Vaya a través de uno de los siguientes medios:

Por correo electrónico a:

[care.coordination@vayahealth.com](mailto:care.coordination@vayahealth.com)

Por fax a:

828-348-0181

Impreso por correo postal a:

Vaya Health  
Member and Recipient Services  
200 Ridgefield Court, Suite 218  
Asheville, NC 28806

## Parte A: Información del miembro

---

Fecha: \_\_\_\_\_

- Soy el miembro.
- Soy el tutor del miembro o un representante autorizado que completa este formulario en nombre del miembro.

Nombre completo del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del miembro: \_\_\_\_\_

ID de Medicaid: \_\_\_\_\_ Condado de residencia: \_\_\_\_\_

Nombre completo del tutor/representante autorizado (si corresponde): \_\_\_\_\_

Mejor número de teléfono para ponerse en contacto con el miembro o tutor/ representante autorizado: \_\_\_\_\_

## Parte B: Para inscribirse o excluirse de la administración de la atención adaptada

---

- ELIJO **RECIBIR** ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN ADAPTADA.
- ELIJO **NO RECIBIR** ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN ADAPTADA.

Motivos por elegir no recibirla:

- No quiero participar
- Otro (explique a continuación):

## Parte C: Para cambiar de administrador de atención o de proveedor de administración de la atención adaptada

---

- QUIERO UN ADMINISTRADOR DE ATENCIÓN DIFERENTE.

Motivos de la solicitud de cambio:

- El administrador de atención no proporcionó servicios accesibles y apropiados.
- El administrador de atención no se adapta a mis necesidades.
- El administrador de atención se trasladó a una ubicación que no resulta conveniente.
- El administrador de atención ha tenido un cambio significativo en las horas en las que está disponible y no puedo reunirme durante las nuevas horas.
- El administrador de atención y yo estamos de acuerdo en que lo mejor para mí es cambiar.
- El administrador de atención ya no es empleado del proveedor de administración de la atención adaptada.
- Otro (explique a continuación):

Administrador de atención actual: \_\_\_\_\_

Administrador de atención solicitado: \_\_\_\_\_

**Tenga en cuenta lo siguiente:** La ubicación del administrador de atención y la cantidad existente de casos afectan en gran medida la capacidad de Vaya para satisfacer las solicitudes de administradores de atención específicos. Si bien tenemos en cuenta las preferencias de los miembros, no podemos garantizar la colocación solicitada.

*Continúa en la página siguiente*

QUIERO UN PROVEEDOR DE ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN ADAPTADA DIFERENTE.

Motivos de la solicitud de cambio:

- El proveedor no proporcionó servicios accesibles y apropiados.
- El proveedor no se adapta a mis necesidades.
- El proveedor se trasladó a una ubicación que no es conveniente.
- El proveedor tuvo un cambio significativo en las horas en las que está disponible y no puedo reunirme durante las nuevas horas.
- El proveedor y yo estamos de acuerdo en que lo mejor para mí es cambiar.
- El proveedor ya no está certificado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de NC (NCDHHS).
- El proveedor está excluido de la participación en programas federales de atención de la salud.
- Otro (explique a continuación):

---

Proveedor actual de administración de la atención adaptada:

Proveedor solicitado de administración de la atención adaptada:

**Tenga en cuenta lo siguiente:** La ubicación del proveedor de administración de la atención y la cantidad existente de casos afectan en gran medida la capacidad de Vaya para satisfacer las solicitudes de proveedores específicos. Si bien tenemos en cuenta las preferencias de los miembros, no podemos garantizar la colocación solicitada.

***Envíe el formulario completo utilizando una de las opciones de la página 1.***