

Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP)

Formulario de solicitud de avisos electrónicos



Envíe este formulario por correo a:
Elderplan c/o Command Direct
PO Box 18023
Hauppauge, NY 11788

Inscrito

Nombre: _____

Nombre completo del inscrito

Número del inscrito: _____

N.º de identificación del miembro

Instrucciones: Complete este formulario para pedirle a Elderplan que le envíe avisos electrónicos.

Debe seleccionar una opción electrónica en los puntos 1 y 2 a continuación.

1. En lugar de obtener un aviso por correo, quiero que Elderplan me los envíe por el siguiente medio: Portal web

2. Además de recibir el aviso por llamada telefónica, deseo que Elderplan me envíe estos avisos por el siguiente medio: Portal web

3. En lugar de recibir las comunicaciones sobre el manual para los miembros, el directorio de proveedores de mi plan y los cambios en mis beneficios de atención administrada de Medicaid por correo, deseo que Elderplan me envíe estos avisos por el siguiente medio: Portal web

Información de contacto: Ingrese la información de contacto para las elecciones anteriores.

Teléfono: (____) _____ Correo electrónico: _____

Puede elegir a alguien que lo represente, como un familiar, amigo o abogado. Si desea que un tercero lo represente, infórmenoslo a continuación.

• ¿Ha autorizado antes a esta persona ante Elderplan? Sí No

• ¿Quiere que esta persona actúe en su nombre ante las quejas, todos los pasos de una apelación o una audiencia imparcial?
Nos puede informar si cambia de parecer. Sí No

Información de la persona designada (persona que desea que lo represente)

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: (____) _____ Correo electrónico: _____

Firma del inscrito: _____ Fecha: _____

Firma de la persona designada: _____ Fecha: _____

Aviso sobre no discriminación

Elderplan cumple con las leyes federales de derechos civiles. Elderplan no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Elderplan provee lo siguiente:

- **Ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen con nosotros, como los siguientes:**
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- **Servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como los siguientes:**
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a Elderplan al **1-877-891-6447**. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al **711**.

Si considera que Elderplan no le ha proporcionado estos servicios o le brindó un trato diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante Elderplan a través de los siguientes medios:

Correo postal: 55 Water Street, 46th Floor, New York, NY 10041,

Teléfono: **1-877-326-9978** (los usuarios de TTY/TTD deben llamar al **711**)

En persona: 55 Water Street, 46th Floor, New York, NY 10041,

Además, puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de las siguientes maneras:

Sitio web: Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Correo postal: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

Los formularios de quejas están disponibles en:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Teléfono: **1-800-368-1019** (TTY/TDD: **800-537**)

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-771-1119 (TTY: 711).	English
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-771-1119 (TTY: 711).	Spanish
注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-771-1119 (TTY: 711).	Chinese
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم (711) رقم هاتف الصم والبكم 1-877-771-1119	Arabic
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 1-877-771-1119 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-771-1119 (телетайп: 711).	Russian
ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-877-771-1119 (TTY: 711).	Italian
ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-771-1119 (TTY: 711).	French
ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-771-1119 (TTY: 711).	French Creole
אויפּמערקזאַם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי רופט. אפצאל (TTY: 711) פון 1-877-771-1119.	Yiddish
UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-877-771-1119 (TTY: 711).	Polish
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-771-1119 (TTY: 711).	Tagalog
লক্ষ্য কক্ষ: যিদি আপিন বাংলা, কথা বলেত পোরন, তাহেল িন:খরচায় ভাষা সহায়তা পিরেষবা উপলক্ষ আছ। েফান কক্ষ ১-১-৮৭৭-৭৭১-১১১৯ (TTY: ৭১১)	Bengali
KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi net 1-877-771-1119 (TTY: 711).	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-877-771-1119 (TTY: 711).	Greek
خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں - کال کری 1-877-771-1119 (TTY: 711)	Urdu