



ELECCIÓN DEL HOSPITAL

Formulario del Estado 55896 (8-15)

La información en este formulario completado es **CONFIDENCIAL** de acuerdo con 405 IAC 1-16, 5-2-10.1, 5-2-10.2, 5-5-1, y 5-34.

Fecha en vigor del cuidado en el Hospital (<i>mes, día, año</i>)	
Fecha en vigor del Medicaid Hospice (<i>para uso del Estado solamente</i>) (<i>mes, día, año</i>)	Firma del analista del Hospital

A. INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO		Diagnóstico del hospital principal (<i>ICO-#</i>):
Nombre del beneficiario (apellido, primero, inicial segundo nombre)		Número de Medicaid del beneficiario
Dirección u otro sitio si no es casa privada (número y calle, número de depto, ciudad, estado y código postal)		
Número del Seguro social del beneficiario	Número de teléfono ()	Fecha de nacimiento (mes, día, año)
Nombre del padre, guardián legal o representante		Sexo del beneficiario: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

B. INFORMACIÓN DEL SUMINISTRADOR		Fecha de aprobación verbal del médico del hospital de cuidado (<i>mes, día, año</i>)	
Nombre del hospital suministrador		Número de Medicaid del hospital suministrador	
Nombre del médico de asistencia		Número de teléfono del hospital	
Número de Medicaid del médico suministrador de asistencia	Nombre de la instalación de enfermería (<i>si corresponde</i>)	Número de Medicaid de la instalación de enfermería	

C. INFORMACIÓN DEL BENEFICIO DEL HOSPITAL			
1er período (90 días)	2do periodo (90 días)	Número indefinido de los períodos de 60 días (<i>marcar como corresponda</i>) <input type="checkbox"/> 1ros 60 días <input type="checkbox"/> 2dos 60 días <input type="checkbox"/> 3ros 60 días <input type="checkbox"/> 4tos 60 días	

D. DECLARACIÓN DE LA ELECCIÓN
<p>(a) Se me ha explicado el beneficio del hospital del Indiana Medicaid (The Indiana Medicaid hospice benefit, en inglés). Se me ha dado la oportunidad de conversar sobre los servicios, beneficios, requisitos y limitaciones de este programa y los términos de la declaración de la elección;</p> <p>(b) Entiendo que al firmar esta declaración de la elección renuncio a todos los derechos a los servicios regulares de Medicaid excepto el pago a mi médico de asistencia y tratamiento previo autorizado para los servicios no relacionados con mi enfermedad terminal, transporte médico no relacionado con la enfermedad terminal, servicios dentales y servicios de farmacia de Medicaid para las recetas no cubiertas de acuerdo con el hospital;</p> <p>(c) Entiendo que tendré derecho a los servicios de hospital de Medicaid siempre y cuando sea elegible para Medicaid. El beneficio será suministrado en tres períodos de beneficio de uno inicial de 90 días, uno subsiguiente de 90 días y un período ilimitado que consiste en períodos sucesivos de 60 días. Yo podría reunir los requisitos para cada uno de estos períodos después de la revisión del Indiana Office of Medicaid Policy and Planning (Oficina de la Política de Medicaid y Planificación) y su contratista;</p> <p>(d) Entiendo que yo podría revocar el beneficio del hospital en cualquier momento completando el Formulario de Revocación del Hospital, especificando la fecha cuando debe tomar efecto la revocación y enviando el formulario al suministrador del hospital en el momento de la revocación. También entiendo que si yo escogiera revocar los servicios durante un período del beneficio no tengo derecho a la cobertura de los días restantes durante ese período del beneficio. En el momento de mi revocación de los servicios de hospital entiendo que mis derechos a otros servicios de Medicaid se reanudarán siempre y cuando yo continúe siendo elegible para Medicaid;</p> <p>(e) Entiendo que yo podría cambiar el suministrador del hospital designado una vez por período de elección sin afectar el suministro de mi beneficio hospitalario y que al hacerlo mi suministrador del hospital tiene como requisito completar un Formulario de Cambio de Suministrador.</p> <p>(f) Entiendo que si soy un beneficiario de Medicare debo escoger el uso del beneficio del hospital de Medicare.</p> <p>(g) De acuerdo con el Affordable Care Act, los miembros de veinte años de edad (20) y más jóvenes podrían recibir servicios de tratamiento curativo para las enfermedades terminales simultáneamente con los servicios hospitalarios. Entiendo que en el momento de cumplir veintiún (21) años de edad ya no seré elegible para recibir el cuidado hospitalario simultáneo y los servicios de tratamiento curativo para la enfermedad terminal.</p>

E. FIRMAS	
Firma del beneficiario (o representante del beneficiario)	Fecha (<i>mes, día, año</i>)

(Ver al reverso para la Declaración de la Elección en letra más grande)

DECLARACIÓN DE LA ELECCIÓN

- (a) **Se me ha explicado el beneficio del hospital del Indiana Medicaid (The Indiana Medicaid hospice benefit, en inglés).** Se me ha dado la oportunidad de conversar sobre los servicios, beneficios, requisitos y limitaciones de este programa y los términos de la declaración de la elección;
- (b) **Entiendo que** al firmar esta declaración de la elección renuncio a todos los derechos a los servicios regulares de Medicaid excepto el pago a mi médico de asistencia y tratamiento previo autorizado para los servicios no relacionados con mi enfermedad terminal, transporte médico no relacionado con la enfermedad terminal, servicios dentales y servicios de farmacia de Medicaid para las recetas no cubiertas de acuerdo con el hospital;
- (c) **Entiendo que** tendré derecho a los servicios de hospital de Medicaid siempre y cuando sea elegible para Medicaid. El beneficio será suministrado en tres períodos de beneficio de uno inicial de 90 días, uno subsiguiente de 90 días y un período ilimitado que consiste en períodos sucesivos de 60 días. Yo podría reunir los requisitos para cada uno de estos períodos después de la revisión del Indiana Office of Medicaid Policy and Planning (Oficina de la Política de Medicaid y Planificación) y su contratista;
- (d) **Entiendo que** yo podría revocar el beneficio del hospital en cualquier momento completando el **Formulario de Revocación del Hospital**, especificando la fecha cuando debe tomar efecto la revocación y enviando el formulario al suministrador del hospital en el momento de la revocación. También entiendo que si yo escogiera revocar los servicios durante un período del beneficio no tengo derecho a la cobertura de los días restantes durante ese período del beneficio. En el momento de mi revocación de los servicios de hospital entiendo que mis derechos a otros servicios de Medicaid se reanudarán siempre y cuando yo continúe siendo elegible para Medicaid;
- (e) **Entiendo que** yo podría cambiar el suministrador del hospital designado una vez por período de elección sin afectar el suministro de mi beneficio hospitalario y que al hacerlo mi suministrador del hospital tiene como requisito completar un **Formulario de Cambio de Suministrador Hospitalario**;
- (f) **Entiendo que** si soy un beneficiario de Medicare debo escoger el uso del beneficio del hospital de Medicare.
- (g) De acuerdo con el Affordable Care Act, los miembros de veinte años de edad (20) y más jóvenes podrían recibir servicios de tratamiento curativo para las enfermedades terminales simultáneamente con los servicios hospitalarios. Entiendo que en el momento de cumplir veintiún (21) años de edad ya no seré elegible para recibir el cuidado hospitalario simultáneo y los servicios de tratamiento curativo para la enfermedad terminal.