

## Formulario de inscripción en CCNC/CA

Fecha: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Persona que completa el formulario: \_\_\_\_\_

Titular del caso: \_\_\_\_\_ MID \_\_\_\_\_ Idioma preferido: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Cód. Postal \_\_\_\_\_

N.º de teléfono: \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

	Persona que se va a inscribir	Fecha de nacimiento	Identificación de Medicaid/NCHC	Nombre del proveedor de atención primaria	Identificación del proveedor o código de exención
1					
2					
3					
4					
5					

En caso de querer solicitar una exención temporal para alguna de las personas mencionadas anteriormente, escriba el número de identificación del beneficiario y suministre una explicación detallada del motivo de tal solicitud. Adjunte una hoja adicional de ser necesario.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Medicaid)

- Manual de CCNC/CA suministrado en el momento de la entrevista.
- Manual de CCNC/CA enviado por correo al titular del caso.
- Folleto "CCNC/CA: Los beneficios de ser miembro-Medicaid" (Figura 12a) suministrado en el momento de la entrevista.
- Folleto "CCNC/CA: Los beneficios de ser miembro-Medicaid" (Figura 12a) enviado por correo al titular del caso.

(NCHC)

- Folleto "Los beneficios de ser miembro-NCHC" (Figura 12b) suministrado en el momento de la entrevista.
- Folleto "Los beneficios de ser miembro-NCHC" (Figura 12b) enviado por correo al titular del caso.

FIRMA DEL PACIENTE O DEL JEFE DEL HOGAR SI EL PACIENTE ES MENOR:

\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**(Al firmar este formulario, certifico que he recibido una explicación de CCNC/CA y que se me ha dado la oportunidad de elegir un hogar médico participante).**

**FOR STATE USE ONLY**

Exemption Denied     Exemption Approved Exempt Code: \_\_\_\_\_