

Nombre de Beneficiario

Prefiero recibir los materiales informativos en el siguiente idioma: _____
(El personal de DMC-ODS debe revisar y completar este formulario con el beneficiario o tutor legal)

Evaluación de la necesidad de Materiales Informativos en CD u otro formato de audio

Me ofrecieron/me/preguntaron si quería el Manual del Beneficiario de Medi-Cal DMC-ODS (el Plan) en un CD o en una grabación de audio en el sitio web de HCA en mi idioma de umbral preferido. Si No

- Rechacé obtener un CD/enlace del condado al sitio web de HCA
 Solicite y recibí el CD o el enlace del condado al sitio web de HCA

Materiales Informativos

Beneficiarios de DMC-ODS (Marque la casilla correspondiente a continuación)

Recibí el enlace <http://www.ochealthinfo.com/DMC-ODS>
(Para el Manual de Beneficiarios y el Directorio de proveedores de Medi-Cal DMC-ODS)

Solicite que me envíaran a mi domicilio el Manual del beneficiario y el Directorio de proveedores de Medi-Cal DMC-ODS dentro de los 5 días posteriores a la fecha de hoy.

Enviado por correo: _____ (Iniciales del personal)

Recibí el Manual de Beneficiarios y el Directorio de Medi-Cal DMC-ODS
(Copia Fuerte) Impresión Regular Impresión Grande

Recibí una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad Si No

Complete la recepción de Avisos de Prácticas de Privacidad Si No

Recibí una copia del formulario de información sobre el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Si No

A mí (o si es menor de edad que no conduce, el adulto acompañante) se me informo y se me proporciono por escrito sobre el reglamento del asiento para el automóvil. Si No

Me ofrecieron Registro de votante. Si soy menor de 18 años, se ofreció a los adultos acompañantes. Si No

Directiva Anticipada de Atención Médica (AD): Solo para consumidores mayores de 18 años

Me entregaron la hoja de información sobre Directivas Medicas Anticipadas. Si No
Fecha dada: ___/___/___

Le di al personal del plan mi AD Hoy ___/___/___ (Fecha) ___ (Iniciales)

Firmas

Firma del Beneficiario/Tutor Legal: _____ Fecha: ___/___/___

Firma del Personal de DMC-ODS: _____ Fecha: ___/___/___