2020 INFORMACION DE COBERTURA MEDICA

Fecha_____

LOCAL HELP FOR PEOPLE WITH MEDICARE

Nombre: _____ Direccion:_____

Ciudad:_____ Codigo Postal:_____ Telefono #:_____ Correo Electronico:_____

Medicare #:_____ Vigencia de Medicare: **Parte A** ___/___/___ **Parte B** ___/___/___

Fecha de Nacimiento: _____

Medi-Cal	Si	No
Medi-Cal SOC	Si	No
Plan de Trabajo	Si	No
Tricare	Si	No
Beneficios VA	Si	No

Estado Civil:_____

Origen Etnico: _____



Nombre del plan de recetas/Medicare Advantage Plan:

_____

Nombre de Farmacia:

_____

Numero de Telefono:

_____

Codigo Postal de Farmacia:

_____

Recibe sus medicamentos por correo?

☐Si ☐No

El estado de CA requiere que le preguntemos unas preguntas demograficas seguidas por tres preguntas bajo la nueva ley de CA AB 959, que es el Gay, Bisexual, and Transgender Disparities Reduction Act of 2016. HICAP valora su privacidad y usted tiene la opcion de "No Desear de Especificar".

1. Cual es su genero?
☐Masculino ☐Femenino
☐Transgenero Masculino
☐Transgenero Femenino
☐Genero Variante/Genero no binario
☐No especificado. Especifique:
_____
☐No deseo especificar

2. Cual fue su sexo al nacer?
☐Masculino
☐Femenino
☐No deseo especificar

3. Como describe su orientacion sexual o identidad sexual?
☐Heterosexual
☐Bisexual
☐Gay/Lesbiana/amor del mismo genero
☐En duda/sin determinar
☐No especificada. Especifique:
_____
☐No deseo especificar

Contacto de Emergencia:

Nombre: _____
Relacion: _____
Telefono: _____

Favor de completar el lado reverso

Kern County Aging & Adult Services HICAP Program

5357 Truxtun Avenue, Bakersfield, CA 93309
661-868-1000 1-800-434-0222

Nombre de Receta	Tiene que ser de Marca? Si o No	Dosis y Forma (tableta, capsula, liquido, crema, etc.)	Frecuencia

Declaracion De Divulgacion: El servicio de consejería de HICAP es proporcionado por consejeros capacitados, y registrados por el Departamento de Ancianos de California, quienes actúan de buena fe para proporcionar la información independiente e imparcial sobre los seguros médicos y sus beneficios. Ellos no respaldan o recomiendan ningún plan específico. Cualquier información presentada por los voluntarios de HICAP no deberá ser interpretada como consejo legal, y los voluntarios no son responsables por actos u omisiones que se provean a los destinatarios del servicio. (W&I Code, Section 9541 (f).) Si usted elige un plan y tiene dificultad en completar las formas necesarias o el proceso de inscripción, el consejero de HICAP le podrá asistir. Sin embargo, usted sera responsable por el contrato con el plan. El consejero de HICAP NO escogera un plan para usted.

Por favor lea la Declaracion De Divulgacion y firme aqui: X_____ Fecha_____

Este proyecto cuenta con el respaldo parcial de la subvención número 90SAPG0052-03-00 de la Administración para la Vida Comunitaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Washington, D.C. 20201. Los beneficiarios que emprenden proyectos bajo el patrocinio del gobierno deben expresar con libertad sus hallazgos y conclusiones. Por lo tanto, los puntos de vista o las opiniones no representan necesariamente la política oficial de la Administración para la Vida Comunitaria.