



14 Penn Plaza
2nd Floor
New York, NY 10122
1-800-556-0689, TTY 711

Fecha

Nombre

Dirección

Ciudad, Estado, Código Postal

CARTA DE OPCIÓN DE AVISO ELECTRÓNICO

Estimado/a **Enrollee**:

Esta es una carta importante sobre las notificaciones que recibes de Amida Care. Por favor, léalo cuidadosamente.

¿Por qué recibo esta carta?

Recibes esta carta porque ahora puedes pedirle a Amida Care que te envíe ciertas notificaciones electrónicamente.

¿Qué notificaciones puedo recibir electrónicamente?

Notificaciones sobre:

- Servicios que tu solicitaste/solicitó
- Servicios que tu obteniendo o obtendrá
- Apelaciones ante el plan
- Quejas; y
- Apelaciones de quejas

Estos notificaciones contienen información importante sobre tus servicios y derechos.

¿Quién recibe estas notificaciones?

Tú y tu proveedor reciben estas notificaciones. También puedes elegir a alguien para que te represente, como un familiar, un amigo o un abogado. La persona que elijas podrá presentar una queja, una apelación ante el plan o una audiencia imparcial en tu nombre. También les enviamos una copia de tus notificaciones.

Si anteriormente nos dijiste que alguien puede representarte, le enviaremos a esa persona una carta como esta. Si deseas que alguien nuevo te represente, tú y esa persona deben firmar y fechar una declaración que diga que esto es lo que deseas. La persona que elijas puede obtener copias de tus notificaciones electrónicamente si lo solicita. Enviaremos tus notificaciones según lo

exija la ley. Si tienes alguna pregunta sobre cómo elegir a alguien para que te represente, llámanos al: **1-800-556-0689, TTY 711.**

¿De qué maneras se pueden enviar estas notificaciones?

Puedes acceder a estas notificaciones a través del Portal web. Tus notificaciones estarán disponibles en la **aplicación My Amida Care**. Puedes ver estas notificaciones en la aplicación haciendo clic en el botón **E-Correos**. Recibirás una alerta por correo electrónico cuando se publique una notificación en el portal. Puedes revisar las Preguntas frecuentes (FAQ) de la aplicación My Amida Care que se incluyen con esta carta. También puedes visitar nuestro sitio web en <https://www.amidacareny.org/my-amida-care-faqs/>.

Ten en cuenta que pueden aplicarse tarifas estándar de datos cuando accedes a un correo electrónico o visitas nuestro portal web.

Si deseas obtener más información o ayuda, visita nuestro sitio web en www.amidacareny.org o llama a Servicios al Socio en **1-800-556-0689, TTY 711.**

¿Cómo solicito notificaciones electrónicas?

- Puedes comunicarte con nosotros por teléfono para decirnos que deseas recibir notificaciones electrónicas, llamándonos al 1-800-556-0689, TTY 711.
- Puedes enviarnos un correo electrónico a member-services@amidacareny.org para informarnos que deseas recibir notificaciones electrónicas.
- Puedes comunicarte con nosotros en nuestro sitio web si deseas recibir notificaciones electrónicas. Primero, visita nuestra página *Cómo comunicarte con nosotros* en <https://www.amidacareny.org/how-to-reach-us/>. Luego selecciona Socios actuales y haz clic en el enlace Envíanos un correo electrónico.
- Puedes comunicarte con nosotros por fax para decirnos que deseas recibir notificaciones electrónicas. Envía un fax al 1-646-786-1837.
- También puedes enviarnos por correo un formulario de Solicitud de Notificación Electrónica completo, utilizando el sobre adjunto o enviarnos el formulario por correo electrónico a member-services@amidacareny.org. El formulario de Solicitud de Notificación Electrónica se adjunta a esta carta.
- También puedes escribirnos para informarnos que te gustaría recibir notificaciones electrónicas enviando tu solicitud a Amida Care PO Box 18023 Hauppauge, NY 11788.

Cuando te comuniques con nosotros para informarnos que deseas recibir notificaciones electrónicas, debe informarnos:

- cómo deseas recibir las notificaciones que normalmente se envían por correo,
- cómo deseas recibir notificaciones que normalmente se hacen por teléfono, y
- tu información de contacto (número de teléfono móvil, dirección de correo electrónico, número de fax, etc.).

Puedes **seleccionar o cambiar** la forma en que recibes tus notificaciones en cualquier momento. Un representante de Servicios al Socio puede ayudarte a cambiar la forma en que recibes las notificaciones cuando nos llames al **1-800-556-0689, TTY 711**.

Si tu información de contacto cambia, **debes informarnoslo**. Para cambiar tu información comunícate con Servicios al Socio al **1-800-556-0689, TTY 711**.

¿Qué sucede a continuación?

Amida Care te informará por correo que has solicitado recibir notificaciones electrónicamente.

Si solicitas recibir tus notificaciones electrónicamente:

- Tus notificaciones estarán disponibles en la **aplicación My Amida Care**. Te enviaremos un correo electrónico cada vez que se publique una notificación en la aplicación.
 - Podrás ver, imprimir y guardar estas notificaciones dentro de la aplicación My Amida Care.
 - Tus notificaciones estarán disponibles hasta por 1 año.
 - Si dejas Amida Care, tus notificaciones estarán disponibles durante 120 días a partir de la fecha de tu salida.
- Todavía puedes pedirnos que te enviemos cualquiera de tus notificaciones por correo. Te enviaremos tu notificación por correo dentro de los 2 días hábiles a partir del día en que lo solicitaste.
- Todavía puedes pedirnos que enviemos cualquiera de tus notificaciones en un formato alternativo para adaptarse a una discapacidad o necesidad de idioma. Te enviaremos tu notificación dentro de los 5 días hábiles a partir del día en que lo solicitaste. En algunos casos, puede tomarnos hasta 30 días a partir de la fecha de tu solicitud. En esos casos, te llamaremos para ayudar.]

Si solicitas recibir notificaciones electrónicamente y creemos que la notificación electrónica no se procesó, te la enviaremos por correo y también podemos llamarte por teléfono, según lo exija la ley.

¿Luego puedo modificar la forma de recibir las notificaciones?

Puedes cambiar la forma en que recibes tus notificaciones en cualquier momento. Para cambiar la forma en que recibes los avisos, puedes comunicarte con nosotros por teléfono, correo electrónico, en línea, fax o correo postal. Nuestra información de contacto se encuentra listada en la sección *¿Cómo solicito notificaciones electrónicas?* de esta carta.

Si solicitas un cambio por teléfono, correo electrónico, en línea o fax, tenemos 5 días hábiles a partir de la fecha en que recibimos tu solicitud para realizar el cambio. Si solicitas un cambio por correo, tenemos 10 días hábiles a partir de la fecha en que recibimos tu carta para realizar el cambio.

¿Qué pasa si no quiero las notificaciones electrónicas?

Seguirás recibiendo estas notificaciones por correo y es posible que también te llamemos por teléfono. No enviaremos estos avisos electrónicamente a menos que así lo solicites.

Todavía puedes pedirnos que enviemos estas notificaciones de una manera diferente debido a una discapacidad o necesidad de idioma.

Amida Care no te tratará de manera diferente si no deseas recibir estas notificaciones electrónicamente.

Puedes llamar a Amida Care al **1-800-556-0689**, **TTY 711** si tienes alguna pregunta sobre esta notificación:

Atentamente,

Departamento de Servicios a los Miembros/es

Adjuntos:

Formulario de Solicitud de Notificación Electrónica

Preguntas frecuentes sobre la aplicación My Amida Care

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

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

Amida Care ofrece lo siguiente:

- Servicios y auxilios gratuitos a personas con discapacidades que les ayuda comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
 - Intérpretes de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (en letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles u otros)
- Servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Información por escrito en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a Amida Care al 1-800-556-0689. Para servicios de TTY/TDD, llame al 711.

Si consideras que Amida Care no te ha ofrecido estos servicios o te discriminó de alguna otra forma debido a tu raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puedes presentar tu reclamo ante Amida Care:

Correo: 14 Penn Plaza, 2nd Floor, New York, NY 10122
Teléfono: 1-800-556-0689 (para los servicios de TTY/TDD, llame al TTY 711)
Fax: 1-646-786-1802
En persona: 234 West 35th St., New York, NY 10001
Correo electrónico: member-services@amidacareny.org

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos:

En su página web: Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

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

Los formularios para reclamos están disponibles en

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

Teléfono: 1-800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-556-0689 TTY:711.	English
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-556-0689 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 1-800-556-0689 TTY:711.	Chinese
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم TTY:711 رقم هاتف الصم والبك 1-800-556-0689	Arabic
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 1-800-556-0689 TTY:711 번으로 전화해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-556-0689 TTY:711	Russian
ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-556-0689 TTY:711	Italian
ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-556-0689 TTY:711	French
ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-556-0689 TTY:711	French Creole
אויפּמערקזאַם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט 1-800-556-0689:711 TTY	Yiddish
UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-556-0689 TTY:711	Polish
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-556-0689 TTY:711	Tagalog
লক্ষ্য করুনঃ যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১-৮০০-৫৫৬-০৬৮৯ TTY:711	Bengali
KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-556-0689 TTY:711	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-800-556-0689 TTY:711.	Greek
خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-800-556-0689 TTY:711	Urdu

FORMULARIO DE SOLICITUD DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA DE AMIDA CARE

Nombre: [Enrollee Full Name]

Número de afiliado: [Member ID number]

Indicaciones: *Completa este formulario para solicitarle a AMIDA CARE que te envíe tus notificaciones electrónicamente. Debes seleccionar una opción electrónica en N.º 1 y N.º 2 a continuación. Los formularios incompletos no se pueden procesar. Te enviaremos una carta de confirmación por correo si eliges recibir tus notificaciones electrónicamente.

1. En lugar de recibir una notificación por correo, quiero que AMIDA CARE me envíe esta notificación por:

Portal web

2. Si nos dijiste que deseas recibir tus notificaciones electrónicamente por correo, Amida Care también puede llamarte por teléfono. Si no deseas continuar recibiendo notificaciones por teléfono, infórmarnoslo:

- a. En lugar de recibir una notificación por teléfono, quiero que AMIDA CARE me envíe estas notificaciones por:

Portal web

***¡Para poder recibir notificaciones electrónicas de Amida Care tendrás que unirse a la aplicación MY AMIDA CARE! Consulta las preguntas frecuentes adjuntas sobre cómo unirse o registrarte en: www.amidacareny.org/for-members/my-amida-care/my-amida-care-form/**

Si ya tienes una cuenta en la aplicación My Amida Care, ingresa tu correo electrónico de contacto a continuación:

Correo electrónico: _____

Debes autorizar este cambio firmando a continuación:

Firma: _____

Fecha: _____

Formulario de representante autorizado (designado) dirigido por el consumidor

En relación con la atención que recibes de Amida Care, puedes elegir a alguien para que te represente y te ayude con las tareas administrativas, como un familiar, un amigo o un abogado. Si deseas que alguien te represente, esta persona sería tu “persona designada”. **La designación de una persona designada es voluntaria y no es obligatoria.** Si designas a una persona designada, esta persona puede tomar ciertas medidas administrativas relacionadas con tu cobertura de Medicaid con Amida Care. Tu persona designada tendrá acceso a tu información de salud protegida.

Para designar a una persona designada, completa las siguientes preguntas:

Información de la persona designada:

Nombre: _____

Dirección: _____

Calle		Apto.	
Ciudad		Estado	Código postal

N.º de ()
teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Responsabilidades de la persona designada:

¿Autorizas a esta persona designada a recibir todos los avisos de atención médica enviados por Amida Care, incluidos los avisos sobre los servicios que estás tratando de obtener y los servicios que está recibiendo actualmente? Esta información contendrá tu información de salud protegida y puede incluir información sobre tratamiento de alcohol/drogas, información de salud mental, identidad de género o información relacionada con el VIH. SÍ NO

¿Autorizas a esta persona designada para que actúe en tu nombre en relación con cualquier queja, apelación o audiencia imparcial, incluida la recepción de todos los avisos relacionados con dichas quejas, apelaciones o audiencias? En caso afirmativo, tu persona designada recibirá información de salud protegida relacionada con cualquier queja, apelación o audiencia. SÍ NO

Si respondiste "SÍ" a cualquiera de las responsabilidades de la persona designada, completa este formulario en su totalidad.

Socio de Amida Care:

Certificas que has designado a la persona antes mencionada como tu persona designada para que te represente como se indica en este formulario. Si seleccionaste que tu persona designada puede recibir avisos de atención médica enviados por Amida Care, Amida Care y nuestros socios proveedores (Healthplex, Carelon y Davis Vision) le enviarán todos los avisos a ti y a tu persona designada sobre los servicios que estás tratando de obtener y los servicios estás recibiendo actualmente a tu persona designada. De manera similar, si seleccionaste que tu persona designada puede representarte en relación con cualquier queja, apelación o audiencia, Amida Care le enviará todos los avisos relacionados a ti y a tu persona designada. Entiendes que esta información contendrá **Información de Salud Protegida** y puede incluir información sobre tratamiento de alcohol/drogas, información de salud mental (excepto notas de psicoterapia), identidad de género y/o información confidencial relacionada con el VIH. Autorizas a Amida Care a proporcionar esta Información médica protegida a tu persona designada para los fines establecidos en este formulario.

Entiendes que esta designación permanecerá vigente hasta que la cambies o la suspendas. Tienes derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se haya tomado una acción basada en este formulario, escribiendo a Amida Care a:

Amida Care, PO Box 18023, Hauppauge, NY 11788.

También puedes informarnos que deseas revocar la autorización de tu persona designada enviándonos un correo electrónico a: **member-services@amidacareny.org**.

Autorizas que la información de salud relacionada con tu atención y tratamiento se divulgue como se establece en este formulario. También reconoces que, si has autorizado a cualquier persona designada anteriormente para que actúe en tu nombre ante Amida Care, dicha designación previa se revoca al completar este formulario.

Nombre del afiliado: _____

N.º de ID de Amida Care: _____ Fecha de nacimiento: _____

Últimos 4 dígitos del Número de Seguridad Social: _____

Firma del afiliado: _____ **Fecha:** _____

Persona designada:

Al firmar a continuación, yo, la persona designada mencionada anteriormente, acepto mantener la confidencialidad de cualquier información que me proporcione Amida Care con respecto al socio de Amida Care mencionado. Reconozco que la ley me prohíbe volver a divulgar o compartir cualquier información relacionada con el tratamiento de alcohol o drogas, tratamiento de salud mental, identidad de género o información relacionada con el VIH sin el consentimiento del socio de Amida Care nombrado.

Firma de la persona designada: _____ **Fecha:** _____

Devuelve el formulario completo en el sobre autodirigido incluido o envíanos este formulario por correo a: Amida Care, PO Box 18023 Hauppauge, NY 11788 o fax al 1-646-786-1837.