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

[Fecha]

[Nombrecompleto del afiliado/designado]
[Dirección]
[Ciudad, Estado, Código postal]

CARTA DE OPCIÓN DE AVISO ELECTRÓNICO

Estimado/a [Afiliado/a] o [Designado]:

Esta es una carta importante sobre las notificaciones que recibes de Amida Care. Por favor, léelo 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 recibes/recibe *or* recibirás/recibirá
- Apelaciones ante el plan
- Quejas; y
- Apelaciones de quejas

Otras comunicaciones sobre:

- Tu Manual para socios
- Nuestro directorio de proveedores
- Cambios en tus beneficios de atención administrada de Medicaid

Estas notificaciones contienen información importante sobre tu servicios y derechos.

¿Quién recibe estas notificaciones?

Tú y tu proveedor reciben estas notificaciones sobre tus servicios y apelaciones ante el plan. También recibió avisos sobre otras comunicaciones, como tu Manual del socio, nuestro Directorio de proveedores y cambios en tus beneficios de atención administrada de Medicaid.
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. O puedes firmar y fechar el formulario de solicitud de notificación electrónica adjunto. 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 ***Comunicaciones electrónicas***. 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 notros* 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 informárnoslo**. 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 aviso por correo dentro de dos (2) días hábiles a partir del día en que lo solicitaste si el aviso es sobre servicios, apelaciones de planes, quejas y apelaciones de quejas.
  - Te enviaremos tu aviso por correo dentro de los cinco (5) días hábiles a partir de la fecha en que lo solicitaste si el aviso es sobre otras comunicaciones.

- 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 aviso dentro de cinco (5) días hábiles a partir del día en que lo solicitaste si el aviso es sobre servicios, apelaciones de planes, quejas y apelaciones de quejas. En algunos casos, puede tomarnos hasta 30 días a partir de la fecha de tu solicitud. En esos casos, te llamaremos para ayudar.
    - Te enviaremos tu notificación dentro de los 15 días hábiles a partir del día en que la solicitaste si la notificación se refiere a otras comunicaciones. En algunos casos, puede tomarnos hasta 60 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 cinco (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.

Otra ayuda:

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
Formulario de cita de la persona designada

NOTICE OF NON-DISCRIMINATION

Amida Care complies with Federal civil rights laws. Amida Care does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Amida Care provides the following:

- Free aids and services to people with disabilities to help you communicate with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)

- Free language services to people whose first language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, call Amida Care at 1-800-556-0689. For TTY/TDD services, call 711.

If you believe that Amida Care has not given you these services or treated you differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with Amida Care by:

Mail:	14 Penn Plaza, 2nd Floor, New York, NY 10122
Phone:	1-800-556-0689 (for TTY/TDD services, call TTY 711)
Fax:	1-646-786-1802
In person:	234 West 35th St., New York, NY 10001
Email:	member-services@amidacareny.org

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights by:

Web:	Office for Civil Rights Complaint Portal at *https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf*
Mail:	U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building Washington, DC 20201 Complaint forms are available at http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html
Phone:	1-800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)

AVISO SOBRE NO DISCRIMINACIÓN

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

Amida Care proporciona lo siguiente:

- Ayudas y servicios gratuitos para personas con discapacidades, con la finalidad de ayudarte a que te comuniques con nosotros, tales como:
  - Intérpretes de lenguaje de señas cualificados
  - Información escrita en otros formatos (impresión ampliada, audio, formatos electrónicos accesibles, etc.)

- Servicios lingüísticos gratuitos para personas cuyo idioma materno no es el inglés, tales como:
  - Intérpretes cualificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesitas estos servicios, llama a Amida Care al 1-800-556-0689. Para servicios TTY/TDD, llama al TTY 711.

Si crees que Amida Care no te ha proporcionado estos servicios o te ha tratado de manera diferente debido a tu raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puedes presentar un reclamo ante Amida Care:

Por correo:	14 Penn Plaza, 2nd Floor, New York, NY 10122
Por teléfono:	1-800-556-0689 (for TTY/TDD services, call TTY 711)
Por fax:	1-646-786-1802
En persona:	234 West 35th St., New York, NY 10001
Por correo electrónico:	member-services@amidacareny.org

También puedes presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina para los Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos:

En línea:	Office for Civil Rights Complaint Portal at *https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf*
Por correo:	U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building Washington, DC 20201 Complaint forms are available at http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html
Por 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 1-800-556-0689رقم هاتف الصم والبكTTY:711	Arabic
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다1-800-556-0689 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
אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט711:0689-556-800-1 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 ১1-800-556-0689 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: [Nombre completo del afiliado]

Número de afiliado: [Número de ID del socio]

Indicaciones: *Completa este formulario para solicitarle a AMIDA CARE que te envíe [tus]{*or*}[Nombre completo del afiliado]'s] notificaciones electrónicamente.

Te enviaremos una carta de confirmación por correo si eliges recibir tus notificaciones electrónicamente.

1. En lugar de recibir mi aviso por correo sobre los servicios que solicité, servicios que estoy recibiendo, apelaciones de planes, quejas o apelaciones de quejas, quiero que AMIDA CARE me envíe estos avisos por:

   ☐ **Portal web**

   b. Si nos informaste que deseas recibir electrónicamente los avisos enumerados anteriormente en el punto 1, **Amida Care también puede llamarte por teléfono. Si no deseas continuar recibiendo notificaciones por teléfono, infórmanoslo:**
      - En lugar de recibir una notificación por teléfono, quiero que AMIDA CARE me envíe estas notificaciones por:

        ☐ **Portal web**

2. En lugar de recibir comunicaciones sobre mi Manual para socios, el Directorio de proveedores de mi plan y los cambios en mis beneficios de atención administrada de Medicaid por correo, quiero que Amida Care me envíe estos avisos por:

   ☐ **Portal web**

***¡Para recibir notificaciones electrónicas de Amida Care, deberás unirte a la Aplicación MY AMIDA CARE! Consulta las preguntas frecuentes adjuntas sobre cómo unirte o inscribirte 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.° 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.° 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.**