



MMM Formulario de Inscripción 2024

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C)

¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que desean unirse a un Plan Medicare Advantage

Para unirse a un plan, debes:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente presente en los EE.UU.
- Vivir en el área de servicio del plan

Importante: Para unirse a un plan Medicare Advantage, también debes tener ambos:

- Medicare Parte A (Seguro Hospitalario)
- Medicare Parte B (Seguro Médico)

¿Cuándo uso este formulario?

Puedes unirse a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para la cubierta a partir del 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses de recibir por primera vez Medicare
- En ciertas situaciones en las que se te permite unirse o cambiar de plan

Visita [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo puedes inscribirte en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Tu número de Medicare (el número de tu tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Tu dirección permanente y número de teléfono

Nota: Debes completar todos los artículos de la Sección 1. Los elementos de la Sección 2 son opcionales: no se te puede negar la cubierta porque no lo completes.

Recordatorios:

- Si deseas unirse a un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe obtener tu formulario completado antes del 7 de diciembre.
- Tu plan te enviará una factura por la prima del plan. Puedes optar por firmar para que se deduzcan tus pagos de prima de tu cuenta bancaria o de tu beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Retiro Ferroviario).

¿Qué sucederá después?

Envía tu formulario completo y firmado a:
MMM Healthcare, LLC.

PO BOX 71114

SAN JUAN, PR 00936-8014

Una vez que procesen tu solicitud para unirse, se pondrán en contacto contigo.

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llama a MMM al 1-833-647-9555.

Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

O bien, llama a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

In English: Call MMM at

1-833-647-9555 / TTY: 711 or Medicare toll free at 1-800-633-4227 and a representative will be available to assist you.

Personas sin hogar.

Si desea unirse a un plan, pero no tiene residencia permanente, un apartado de correos, una dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe el correo (por ejemplo, cheques de seguro social) puede considerarse su dirección de residencia permanente.

De acuerdo con el Acta de 1995 de reducción de trabajo en papel, ninguna persona está obligada a responder a una colección de información a menos que no muestre un número de control válido de OMB. El número de control válido OMB para esta colección de información es 0938-1378. El tiempo requerido para completar esta información tiene un tiempo estimado de 20 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo de revisión de instrucciones, búsqueda de data, recolección de la data necesaria y completar y revisar la información colectada. Si usted tiene algún comentario con respecto a la confiabilidad del tiempo estimado o alguna sugerencia para mejorar esta forma, por favor escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE: No envíe esta forma o algún otro documento con su información personal (como reclamaciones, pagos, récords médicos, etc.) a la oficina de PRA Reports Clearance. Cualquier documento que recibimos que no sea sobre cómo mejorar esta forma y la colección de data (según descrito en OMB 0938-1378) será destruido. No se guardará, revisará o enviará al plan. Refiérase a la sección: ¿Qué sucederá después? En esta página para enviar su forma completada al plan.



Núm. de boleta: _____

Núm. de agente de ventas: _____

Por favor, llama a MMM Healthcare, LLC. (MMM), si necesitas información en otro idioma o formato (ejemplo: letra agrandada). Este documento se encuentra disponible en nuestra página web www.mmmp.com en letra agrandada para acceso inmediato.

**Sección I - Todos los campos de esta página son obligatorios
(a menos que estén marcados como opcionales)**

Para afiliarte a MMM o PMC, por favor provee la siguiente información:

Selecciona el plan al que deseas afiliarte:

Plan	Contrato	Número PBP	Prima Mensual
<input type="checkbox"/> MMM Supremo (HMO C-SNP)	H4003	009	\$0
<input type="checkbox"/> MMM Único (HMO-POS)	H4003	019	\$15
<input type="checkbox"/> MMM Elite (HMO-POS)	H4003	034	\$0
<input type="checkbox"/> MMM Encanto (HMO-POS)	H4003	054	\$0
<input type="checkbox"/> MMM Deluxe (HMO-POS)	H4003	055	\$0
<input type="checkbox"/> MMM Balance (HMO-POS)	H4004	063	\$0
<input type="checkbox"/> MMM Plenitud (HMO-POS)	H4004	065	\$0
<input type="checkbox"/> MMM Valioso (HMO-POS)	H4004	066	\$0
<input type="checkbox"/> MMM Diamante Platino (HMO D-SNP)	H4003	017	\$0
<input type="checkbox"/> MMM Valor Platino (HMO D-SNP)	H4003	049	\$0
<input type="checkbox"/> MMM Dorado Platino (HMO D-SNP)	H4003	058	\$0
<input type="checkbox"/> MMM Relax Platino (HMO D-SNP)	H4004	062	\$0
<input type="checkbox"/> MMM Plus Platino (HMO D-SNP)	H4004	067	\$0
<input type="checkbox"/> PMC Max (HMO-POS)	H4004	056	\$0
<input type="checkbox"/> PMC Premier Platino (HMO D-SNP)	H4004	048	\$0



Apellidos:

Nombre:

Inicial:
(opcional)

Apodo: (opcional)

Fecha de nacimiento

 - -
Mes Día Año

Sexo: Número de teléfono residencial:

 M - -
 F

Número de teléfono celular:

 - -

¿Tiene correo electrónico? (opcional) Si No

Correo electrónico: _____

¿Acepta recibir mensaje de texto o llamada automatizada? (opcional) Si No

Por favor, seleccione dónde desea recibir mensaje de texto o llamada automatizada:

Teléfono hogar Teléfono celular

Seleccione si es persona sin hogar: Si No

Dirección de residencia permanente (no se permite apartado de correo a menos que no tenga hogar):

Ciudad:

Estado:

 P R

Código postal:

 -

Dirección postal (Apartado de correos permitido. Solo si es diferente a la dirección residencial permanente):

Ciudad:

Estado:

 P R

Código postal:

 -

Contacto de emergencia (opcional):

Dirección postal (solo si es diferente a la dirección residencial permanente):

Ciudad:

Estado:

 P R

Código postal:

 -

Relación contigo:

- Cónyuge
 Hijo/a
 Padre
 Otro

Número de teléfono:

 - -

Teléfono celular:

 - -

Correo electrónico: (opcional) _____



Tu información de Medicare

Número de Medicare:

- - -

Debes tener la Parte A y Parte B de Medicare para afiliarte a un plan Medicare Advantage.

Responde estas preguntas importantes:

¿Tienes otra cubierta de medicamentos recetados adicional a **MMM** (como VA, TRICARE)? Sí No

Nombre de la otra cubierta: _____ Número de identificación de la cubierta: _____

Número de Grupo de la cubierta: _____

Si selecciona un plan de Necesidades Especiales para Condiciones Crónicas (HMO C-SNP), favor marca todas las condiciones aplicables. Condiciones Crónicas:

Según mi conocimiento, padezco de:

Diabetes Mellitus Desórdenes Cardiovasculares Fallo Cardíaco Crónico

Selección de beneficio Platino

Medicare Platino es una opción de cubierta ofrecida por **MMM** en conjunto con el **Gobierno Federal y el Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico** (Medicaid). La Administración de Servicios de Salud ha combinado sus beneficios para ofrecer el Programa Medicare Platino para todos los beneficiarios de Medicaid con las Partes A y B de Medicare.

¿Estas afiliado en el Programa Medicaid del Estado? Sí No

Si contestaste “sí”, por favor, provee una copia de el formulario titulado “Notificación de acción tomada sobre la solicitud y/o reevaluación del programa de asistencia médica” (hoja MA10), y provee el número requerido por Medicare para confirmar su cubierta de Medicaid: _____

Cubierta médica anterior (Opcional):

Triple S Humana MCS Medicare Original Otro: _____



IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo mantener tanto la Parte A (Hospital) y la Parte B (Médico) para permanecer en MMM.
- Al unirme a este Medicare Advantage, reconozco que MMM compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para rastrear mi inscripción, para hacer pagos y para otros propósitos permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación). Tu respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- Entiendo que puedo ser afiliado en solo un plan MA a la vez- y que la afiliación a este plan automáticamente terminará mi afiliación en otro plan MA (excepciones aplican para planes MA PFFS, MA MSA).
- Entiendo que cuando comience mi cubierta MMM, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de MMM. Los beneficios y servicios proporcionados por MMM y contenidos en mi documento "Evidencia de Cubierta" de MMM (también conocido como contrato de afiliado o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni MMM pagarán por beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información en este formulario de inscripción es correcta a mi mejor entender. Entiendo que si intencionalmente proporciono información falsa en este formulario, seré dado de baja del plan.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido de esta solicitud. Si está firmada por un representante autorizado (como se describe anteriormente), esta firma certifica que:
 1. Esta persona está autorizada bajo la ley estatal para completar esta inscripción, y
 2. La documentación de esta autoridad está disponible a petición de Medicare.

Fecha de hoy:

		-			-			
--	--	---	--	--	---	--	--	--

Mes Día Año

Firma del beneficiario y/o tutor legal:

Si eres el tutor legal, debes firmar en el encasillado de arriba y proveer la siguiente información:

Apellido:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dirección (Se permite apartado de correos):

Ciudad:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Estado:

P	R
---	---

Código postal:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número de teléfono:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Teléfono celular:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Relación con el beneficiario:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Correo electrónico: _____



SECCIÓN 2 - TODOS LOS CAMPOS DE ESTA PÁGINA SON OPCIONALES

ES TU ELECCIÓN RESPONDER A ESTAS PREGUNTAS. NO SE TE PUEDE NEGAR CUBIERTA POR NO COMPLETARLA.

¿Eres de origen hispano, latino o español? Selecciona el que aplique:

- No, no de origen hispano, latino o español
- Sí, mejicano, américo mejicano, chicano/a
- Sí, puertorriqueño
- Sí, cubano/a
- Sí, otro de origen hispano, latino o español
- Prefiero no responder

¿Cuál es tu raza? Selecciona lo que aplique:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Indio americano ó Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Negro ó Afroamericano |
| Asiático: | Hawaiano nativo y otras Islas del Pacífico: |
| <input type="checkbox"/> Indio Asiático | <input type="checkbox"/> Guamanian ó Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo |
| <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Samoana/o |
| <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Otras Islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Koreano | <input type="checkbox"/> Blanco |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| <input type="checkbox"/> Otro Asiático | |

Por favor, selecciona el idioma en que prefieres que te hagamos llegar la información de tu cubierta de salud:

- Inglés Español Otro (especifique): _____

Selecciona uno si deseas que te enviemos la información en un formato accesible:

- Letra agrandada Audio CD Braille Formato digital

Por favor, llama al 1-866-333-5470 (libre de cargos) si necesitas información en otro formato accesible o idioma distinto a los que están listados arriba. Nuestro horario de servicio es de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios del sistema TTY (audio impedidos) deben llamar al 711.

I. ¿Trabajas? Sí No ¿Posees otro seguro de salud? Sí No

Nombre de la otra cubierta: _____ Número de identificación de la cubierta: _____

Número de Grupo de la cubierta: _____ Fecha de efectividad de la cubierta: _____



2. ¿Tu cónyuge trabaja? Sí No
3. ¿Resides en una instalación de cuidado prolongado, como un centro de envejecientes? Sí No

Si contestaste “sí”, por favor provee la siguiente información:

Nombre de la institución: _____ Número de teléfono: _____

Nombre de la persona encargada de la institución: _____

Por favor, incluye la información del Proveedor de Cuidado Primario (PCP, por sus siglas en inglés) que seleccionaste:

Apellidos:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número de teléfono:

--	--	--

 -

--	--	--

 -

--	--	--

Ciudad: _____

He recibido los siguientes materiales por un Representante de MMM, Agente o Productor Independiente. Selecciona uno o más:

- Lista de cotejo Pre Afiliación Comprobante Provisional de Afiliación Carta Calificaciones por Estrellas
- Resumen de Beneficios (SB, por sus siglas en inglés) Notificación Anual de Cambios (si aplica)
- Evidencia de Cubierta (EOC, por sus siglas en inglés) (incluye Notificación de Privacidad)
- Notificación de disponibilidad electrónica de la Evidencia de Cubierta Formulario de Medicamentos
- Directorio de Proveedores y Farmacias Catálogo OTC (si aplica) Notificación de Privacidad
- Documento de múltiples idiomas Evidencia mensual de beneficios (EOB)
- Aviso de No Discriminación

- Acepto y permito que MMM me envíe de forma electrónica las siguientes comunicaciones:**
 Información sobre mi tarjeta de identificación, certificación de cubierta, explicación de beneficios de servicios médicos, notificaciones de afiliación y desafiliación, notificaciones de determinaciones organizacionales (tales como cartas de autorización y denegación), entre otros documentos que puedo seleccionar dentro de la aplicación móvil de MMM y/o llamando a Servicios al Afiliado. Entiendo que registrándome en la aplicación móvil de MMM o accediendo <https://member.innovamd.com/#/> puedo obtener el máximo provecho de las herramientas digitales de mi plan. Entiendo que la información incluida en estas comunicaciones es información confidencial de salud (PHI, por sus siglas en inglés) protegida por la Ley de HIPAA, por lo que estoy de acuerdo en que soy responsable de proveer a MMM mi correo electrónico actual, y de notificar a MMM cuando mi correo electrónico cambie o sea actualizado. Entiendo puedo actualizar mi dirección de correo electrónico y/o cambiar mis preferencias de método de envío de estas comunicaciones en cualquier momento llamando al número de Servicios al Afiliado que se encuentra en mi tarjeta de identificación. Entiendo que este consentimiento es voluntario y que mi negativa a aceptarlo no afectará mi elegibilidad a beneficios o afiliación, al pago de mis servicios médicos o cubierta, o la habilidad de recibir tratamiento. Entiendo que es posible que yo pueda continuar recibiendo estas comunicaciones en formato de papel durante un periodo de tiempo, según lo determine mi plan médico.

- No acepto** recibir las comunicaciones relacionadas con el plan de forma electrónica.



Pagando su prima del plan

Para beneficiarios que se están afiliando en un plan con prima:

Puedes pagar la prima mensual del plan (incluyendo cualquier penalidad por inscripción tardía que tengas o pueda adeudarse) por correo, Transferencia Electrónica de Fondos (EFT) o por tarjeta de crédito cada mes. **También puedes optar por pagar la prima al tenerla automáticamente deducida de tu beneficio del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) cada mes.**

Si tienes que pagar un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos de la Parte D (Parte D-IRMAA), debes pagar esta cantidad adicional además de la prima de tu plan. NO pagues a MMM la Parte D-IRMAA.

Por favor, selecciona una opción de pago de la prima:

- Deducción automática de tu cheque de beneficio mensual del Seguro Social o Junta de Retiro Ferroviario (RRB, por sus siglas en inglés). (La deducción del Seguro Social/RRB puede tomar dos meses o más para comenzar, luego de que el Seguro Social o la RRB apruebe la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB acepta la solicitud para deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficio del Seguro Social o la RRB incluirá todas las primas que debe pagar desde la fecha de efectividad de su afiliación hasta el punto en que su retención comienza. Si el Seguro Social o la RRB no aprueba tu solicitud para deducción automática, se te enviará una libreta de pago por las primas mensuales).

Recibo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

- Transferencia Electrónica de Fondos (EFT, por sus siglas en inglés) de tu cuenta bancaria cada mes. Por favor, incluye un cheque CANCELADO o provee la siguiente información:

Nombre del titular de la cuenta:

Número de ruta bancario: Número de cuenta bancaria:

Tipo de cuenta: Cheque Ahorro

- Recibir una libreta de pago.
- Si deseas pagar con tarjeta de crédito, comunícate con Servicios al Afiliado al 866-333-5470 / TTY: 711.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) recopilan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción de beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés) y para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 de la Ley de Seguridad Social y CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. CMS puede usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", System No. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.



Uso Oficial Solamente: ICEP IEP AEP OEP SEP NO ES ELEGIBLE

	Código SEP	Afirmaciones del período de elección especial (SEP, por sus siglas en inglés)
<input type="radio"/>	MOV	El próximo mes me mudaré o en los últimos dos meses me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual. Fecha de la mudanza: _____
<input type="radio"/>	MDE	Tengo Medicare y Medicaid, o el Estado me ayuda con el pago de las primas de Medicare.
<input type="radio"/>	LEC	Ya no cumpla con los requisitos para la cubierta de mi patrono anterior, o abandoné la cubierta de un patrono. Fecha de pérdida: _____
<input type="radio"/>	OTH	Tengo necesidades especiales que permiten una excepción en mi inscripción (MMM evaluará su caso y se comunicará con usted).

Uso Oficial Solamente:

Número de identificación del plan: _____

Fecha de recibo del Representante de Ventas/Agente/Productor Independiente: - -
Mes Día Año

Fecha de efectividad de la cubierta: - -
Mes Día Año

Lugar de venta:

- | | | | | |
|--|-----------------------------------|----------------------------------|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Seminario | <input type="checkbox"/> Hogar/WI | <input type="checkbox"/> Correo | <input type="checkbox"/> Oficina | <input type="checkbox"/> Fax |
| <input type="checkbox"/> Teléfono UCID: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Walk-in | <input type="checkbox"/> Institución/Hogar Custodio | |
| <input type="checkbox"/> Teléfono Institución: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> POS | | | |

¿Dónde consiguió información del plan?

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Periódico | <input type="checkbox"/> Oficina de su médico | <input type="checkbox"/> Rótulo en valla | <input type="checkbox"/> Correo |
| <input type="checkbox"/> Revista | <input type="checkbox"/> Empleado de MMM | <input type="checkbox"/> Folleto | <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> Referido por familiar o amigo | <input type="checkbox"/> TV | <input type="checkbox"/> Cliente previo |
| <input type="checkbox"/> Oficina de MMM | <input type="checkbox"/> Fax | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Nombre del Representante de Ventas/Agente/Productor Independiente: _____

Firma del Representante de Ventas/Agente/Productor Independiente: _____

Número de Empleado/Agente/Productor Independiente: _____

Número de Confirmación de Cita: _____



1. Entiendo que la información que estoy autorizando a divulgar, podría ser compartida sin contar con las protecciones de las regulaciones federales de privacidad.
2. La información que autorizo a ser divulgada por MMM comprende cualquiera de las siguientes: Información demográfica, reclamaciones y pagos, data de encuentros, elegibilidad e inscripción, beneficios y cubierta, información clínica relacionada a tratamiento, diagnósticos [nombre de enfermedad o condición), procedimientos recibidos, intervenciones, planes de cuidado médico [sin incluir notas de psicoterapia], laboratorios, récords médicos, información para identificar proveedores de salud [médicos, hospitales, laboratorios, etc], información sobre determinaciones organizacionales, MTM [Programa para el Manejo de Terapia de Medicamentos] u Otro: _____
3. Esta información podrá ser utilizada para los siguientes propósitos (marque todas las que aplique):
 - A solicitud del afiliado
 - Procedimiento legal
 - Para realizar cambios de PCP, dirección o teléfono y/o solicitud de un duplicado de la identificación del afiliado.
 - Otro: _____
4. Entiendo que la organización o individuos autorizados para utilizar o divulgar la información no recibirán una compensación por hacerlo.
5. Entiendo que esta autorización es voluntaria y puedo rehusar firmarla. Negarme a firmar no afectará mi elegibilidad para beneficios o afiliación, los pagos o la cubierta de servicios o habilidad de obtener tratamiento.
6. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento.
7. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificándole por escrito a Servicios al Afiliado de MMM a la dirección postal PO BOX 71114, SAN JUAN PR 00936-8014.
8. Entiendo que tengo el derecho de solicitar y recibir la Notificación de las Prácticas de Privacidad de MMM.

***Si este documento aún no se ha retirado, esta autorización vencerá en la primera de las siguientes fechas (seleccione una de las siguientes opciones):**

- Un año desde la fecha de la firma de este documento** **Esta autorización vence el:**

		-			-				
Mes			Día			Año			

Nombre del Afiliado y/o Representante Legal: (En letra de molde)

Fecha:

Firma del Afiliado y/o Representante Legal:

Fecha:

Firma del Testigo:

(Se requiere firma de una tercera persona como testigo si el afiliado firma con una X)

Fecha:

Si esta autorización es firmada por el representante legal asignado, favor de proveer documentación del representante como lo es requerido por la Ley Estatal (ej. Poder Notarial, Tutoría Legal).

Sólo para el Representante Legal / Tutor Designado:

Relación Legal con el Miembro / Individuo: _____ La evidencia incluye: _____

