

## FORMULARIO DE SUSCRIPCIÓN Y EXENCIÓN DE CAROLINA ACCESS

(Debe ser llenado por el IMC durante la entrevista o por contacto telefónico)

Por favor, entregue el original al cliente; envíe por correo una copia al DSS local, o envíe una copia al número de fax del DSS local

Nombre del paciente/padre: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ No. de Medicaid: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

DSS Office  
use only

- Entrevista  Inscripción Inicial  
 o  Contacto por teléfono  Cambio (motivo del cambio)

El Departamento de Servicios Sociales puede explicar los beneficios y ventajas de Carolina Access a todos los aplicantes y beneficiados mandatorios y opcionales. Proveer con una lista de Proveedores de Salud Primarios (PSP) de Carolina Access. Ayudar a los aplicantes/beneficiados a escoger un PSP basándose en la disponibilidad, restricciones, historial médico, residencia y cuidado médico del

Por favor marque los que apliquen al aplicante/beneficiado:

- Diabetes  Enfermedades del cora zón  
 As ma  Embarazo  
 Otras necesidades médicas especiales: \_\_\_\_\_  
 (por favor, especifique)

En el recuadro siguiente anote el Proveedor de Salud Primario de Carolina Access de su preferencia:

NOMBRE/Número de Medicaid	FDN	Nombre del PSP	No. de PSP

Anote a los individuos exentos de participar en Carolina Access:

NOMBRE	FDN	MOTIVO (Incluya documentación adicional, en caso de ser necesario).	CODIGO DE EXENCIÓN

¿Necesitan ayuda con transporte para sus citas médicas?  Si  No

De ser así, anote la fecha en la cual fue referido al coordinador de transporte del condado: \_\_\_\_\_

- El Manual del beneficiado de Carolina ACCESS le fue entregado durante la entrevista a cada persona inscrita  
 El Manual del beneficiado de Carolina ACCESS fue enviado por correo el día: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente/Padre (si está presente): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Al firmar, certifico que he recibido una explicación de los beneficios de Carolina Access y la libertad de elegir un doctor participante.

Dr. Office Representative: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Supervisor: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Por favor tome nota: un cambio en proveedor (Medico) puede tomar de 1 a 2 meses para ser corregido en su tarjeta del Medicaid. Si lo envíe por fax, por favor envíe el formulario completo al número de fax del DSS donde vive el cliente.

Por favor vea el otro lado de este formulario para ver los números de teléfono de DSS.

## Carolina Access II (Medicaid)

### Department of Social Services Contact Information

\*Forms should be sent to the DSS contact in the county where the patient resides, not the county of the practice location\*

DSS County	Main Phone	Fax
Buncombe	828-250-5500	828-250-6235
Cherokee	828-837-7455 X245	828-837-9789
Clay	828-389-6301	828-389-6427
Graham	828-479-7911	828-479-7928
Haywood	828-452-6620	828-452-6692
Henderson	828-694-5500	828-697-4815
Jackson	828-586-5546	828-586-6270
Macon	828-349-2124 X1	828-349-2401
Madison	828-649-2711	828-649-3687
McDowell	828-652-3355	828-652-9167
Mitchell	828-688-2175	828-688-5828
Polk	828-894-2100	828-894-6326
Swain	828-488-6921	828-488-8271
Transylvania	828-884-1646	828-884-3261
Yancey	828-682-6148	828-682-6712

\*Buncombe County DSS Call Center (828-250-5500) will directly process changes in real time.