

Formulario de solicitud de cambio del estado del miembro

Por medio de este formulario, usted podrá solicitar cambios en su información demográfica o cambios de proveedor de cuidado primario (PCP), pedir el reemplazo de una tarjeta de identificación, y/o notificar a Healthfirst sobre un dependiente recién nacido. Si se inscribió en Medicaid o Child Health Plus (CHP) a través de New York State of Health (NYSOH), debe informar sobre todos los cambios demográficos de su cuenta directamente a NYSOH en nystateofhealth.ny.gov y NO debe reportarlos en este formulario. Asegúrese de seleccionar los tipos de solicitudes y completar la información requerida en los campos correspondientes, según sea necesario. **Usted puede presentar más de una solicitud a la vez.**

A continuación se encuentran las instrucciones para completar cada sección de este formulario:

Cambios demográficos	Solicitud de cambio de correo electrónico, dirección postal, domicilio y número(s) telefónico(s)	Notificación de recién nacido	Notifique a Healthfirst sobre los recién nacidos
<ul style="list-style-type: none"> ■ Seleccione el campo que quiere cambiar: Domicilio, dirección postal, correo electrónico, teléfono particular o celular. Puede hacer más de un cambio a la vez ■ Escriba el nombre del miembro como aparece en la tarjeta de identificación de Healthfirst (nombre, apellido) ■ Escriba el número de identificación del miembro de Healthfirst que aparece en la tarjeta ■ Escriba la información anterior y la nueva en los campos apropiados 		<ul style="list-style-type: none"> ■ Escriba el nombre (de la madre) del miembro como aparece en la tarjeta de identificación (nombre, apellido) ■ Escriba el número de identificación (de la madre) del miembro de Healthfirst que aparece en la tarjeta ■ Si usted seleccionó un PCP para su recién nacido, por favor, escriba la información del PCP, incluidos el nombre, la dirección, el número de teléfono del consultorio y el número de identificación de proveedor (si está disponible) ■ Escriba el nombre del recién nacido (nombre, apellido), la fecha de nacimiento, el sexo, y número de identificación de cliente (CIN) de Medicaid (si está disponible) 	
Reemplazo de tarjeta de identificación	Solicitud de reemplazo de tarjeta(s) de identificación de miembro de Healthfirst	Declaración del Miembro	Firme y coloque la fecha en el formulario
<ul style="list-style-type: none"> ■ Escriba el nombre del miembro como se muestra en la tarjeta de identificación (nombre, apellido) para quien se solicita esta tarjeta ■ Escriba el número de identificación del miembro ■ Escriba la fecha de nacimiento del miembro ■ Puede solicitar una tarjeta de identificación de Healthfirst para más de un miembro a la vez 		<ul style="list-style-type: none"> ■ Después de revisar que toda la información esté completa, por favor, firme y coloque la fecha en el formulario 	
Cambio de proveedor de cuidado primario (PCP)	Solicitud de cambio de proveedor de cuidado primario (PCP)	Comentarios del miembro	Comentarios del miembro para ayudarnos a mejorar el formulario
<ul style="list-style-type: none"> ■ Escriba el nombre del miembro como aparece en la tarjeta de identificación de Healthfirst (nombre, apellido) para quien se solicita el cambio de PCP ■ Escriba el número de identificación del miembro de Healthfirst que aparece en la tarjeta ■ Escriba el nombre del nuevo PCP, la dirección, el número de teléfono del consultorio y el número de identificación de proveedor (si está disponible) ■ Escriba el nombre del PCP anterior, la dirección, el número de teléfono del consultorio y el número de identificación de proveedor (si está disponible) ■ Puede usar un formulario para solicitar cambios de PCP para más de un miembro bajo la misma cuenta de la persona que suscribe 		<ul style="list-style-type: none"> ■ Para ayudarnos a mejorar el formulario, por favor marque "Sí" o "No" para informarnos si le resultó fácil completar este formulario. Si elige "No", por favor explique la razón <p>Si tiene preguntas o necesita ayuda adicional para completar este formulario, por favor, llame a nuestro Departamento de Servicios a los Miembros al 1-866-463-6743, TTY en inglés 1-888-542-3821, TTY en español 1-888-867-4132, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Podemos ayudarle en español, inglés, chino y otros idiomas. Si requiere ayuda en persona para completar este formulario, puede visitar el centro de asistencia de Healthfirst más cercano.</p>	

Formulario de Solicitud de Cambio de Estado del Miembro

MOTIVO(S) DEL CAMBIO:

- Dirección/Teléfono /Email
- Solicitud de tarjeta de identificación
- Solicitud cambio de PCP
- Aviso de recién nacido

MARQUE LO QUE CAMBIÓ:

- Dirección de domicilio
- Dirección de correo
- Correo electrónico
- Dirección de domicilio
- Teléfono celular

Las personas individuales inscritas en Medicaid/CHP a través de NY State of Health tienen que informar a NY State of Health de cualquier cambio en su cuenta y no necesitan completar este formulario.

JEFE DE FAMILIA

Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre	Número de identificación
NUEVA dirección de domicilio	apt/piso	Ciudad, Estado, Código Postal		Nuevo teléfono de domicilio (código de área y N.º)	
NUEVA dirección de correo	apt/piso	Ciudad, Estado, Código Postal		NUEVO celular (código de area y N.º)	
Dirección de domicilio anterior	apt/piso	Ciudad, Estado, Código Postal		Teléfono de domicilio anterior (código de área y N.º)	
Dirección de correo anterior	apt/piso	Ciudad, Estado, Código Postal		Celular anterior (código de area y N.º)	
Correo electrónico anterior		Nuevo correo electrónico			

SOLICITUD DE REMPLAZO DE TARJETA(S) DE IDENTIFICACIÓN Indique el Número de identificación de cliente (CIN) o el Número de identificación de Healthfirst (Ej. AB00000C o 9XXXXXXX1)
Nombre del miembro
CIN o N.º de identificación de Healthfirst
Fecha de nacimiento
Nombre del miembro
CIN o N.º de identificación de Healthfirst
Fecha de nacimiento
Nombre del miembro
CIN o N.º de identificación de Healthfirst
Fecha de nacimiento

COMPLETE ESTA SECCIÓN PARA CAMBIAR DE MÉDICO DE CUIDADO PRIMARIO (PCP) Usted recibirá una tarjeta de IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO nueva
Nombre del miembro
CIN o N.º de identificación de Healthfirst
Nombre del NUEVO PCP
N.º de identificación del NUEVO PCP (Opcional)
Dirección del NUEVO PCP
Teléfono del NUEVO PCP
Nombre del PCP anterior
N.º de identificación del PCP anterior (Opcional)
Dirección del PCP anterior
Teléfono del PCP anterior

AVISO DE RECIÉN NACIDO(S)	
Nombre del miembro	
CIN o N.º de identificación de Healthfirst	
Nombre del PCP del recién nacido	
Número de identidad del PCP del recién nacido (Opcional)	
Dirección del PCP del recién nacido	
Teléfono del PCP del recién nacido	
Nombre del recién nacido	
Fecha de nacimiento	Sexo
CIN del recién nacido	
Nombre del recién nacido	
Fecha de nacimiento	Sexo
CIN del recién nacido	

¿Le resultó fácil completar este formulario? Sí No.
Si su respuesta es NO, por favor, explique por qué:

CABEZERA DE HOGAR

FECHA DE LA FIRMA