

Commonwealth of Massachusetts

Executive Office of Health and Human Services www.mass.gov/masshealth

Formulario de referido de la Demostración El Dinero Sigue a la Persona de Massachusetts

La Demostración El Dinero Sigue a la Persona (MFP) ayuda a volver a vivir en la comunidad a las personas mayores o con discapacidades que viven en centros de enfermería, hospitales para enfermedades crónicas o de rehabilitación, u otros centros calificados.

Por favor, complete la siguiente información para presentar un referido. Tenga en cuenta que todos los campos con un asterisco (*) son obligatorios.

Sección 1: Información de la persona

Nombre de la persona*		Apellido de la persona*
- -echa de nacimiento*		ID de MassHealth (deben ser 12 dígitos)
Teléfono*		Correo electrónico
Γipo de centro actual	·	Nombre del centro
Dirección*		
- Ciudad*	 Estado*	Código postal*
Teléfono del centro		Nombre del contacto en el centro
		Nombre del contacto en el centro Fecha proyectada del alta, si la conoce
Teléfono del centro Fecha de admisión ¿Necesita la persona vivienda? □ Sí	□ No □ Desconocido	

MFP-RF_ES_2025-10 continuación ➤

Sección 2: Tutor legal y/o apoderado invocado para tomar decisiones de atención médica ¿Tiene la persona un tutor legal?* ☐ Sí ☐ No Si contestó "Sí", por favor, complete los siguientes campos en la Sección 2. Apellido del tutor legal Nombre del tutor legal Teléfono del tutor legal Correo electrónico del tutor legal ¿Tiene la persona un apoderado invocado para tomar decisiones de atención médica?* Sí No Si contestó "Sí", por favor, complete los siguientes campos en la Sección 2. Nombre del apoderado invocado Apellido del apoderado invocado Teléfono del apoderado invocado Correo electrónico del apoderado invocado Sección 3: ¿Quién está completando este formulario? Nombre del remitente* Apellido del remitente* Título Relación con la persona* Dirección del remitente* Ciudad* Estado* Código postal* Teléfono del remitente* Correo electrónico del remitente*

¿Es un referido debido a la Sección Q de MDS?

Sí

No

¿Está la persona informada sobre este referido?*

Sí

No

MFP-RF_ES_2025-10 continuación ➤

Si lo sabe, por favor, complete lo siguiente: Agencia Nombre completo del contacto en la agencia Nombre Teléfono del contacto en la agencia Correo electrónico del contacto en la agencia

Sección 4: ¿Ya está la persona trabajando con una agencia estatal?

Para presentar este Formulario de referido ante el programa Demostración MFP, complete el formulario y envíelo por correo electrónico a la Oficina del Proyecto MFP a MFP@mass.gov. El asunto del mensaje debe decir "MFP Demo Referral" (Referido para la Demostración MFP).

Por favor, tenga en cuenta lo siguiente: Si usted es una agencia u organización estatal que lo envía en nombre de la persona, asegúrese de enviar el correo electrónico de manera segura y de conformidad con cualquier ley de privacidad aplicable.

Este documento fue creado con la subvención CFDA 93.791 del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). El contenido no representa necesariamente la política del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., y usted no debe suponer que cuenta con el respaldo del gobierno federal.

Fin del formulario