



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.

Fecha de presentación del referido

Sección 1: Información de la persona

Nombre de la persona*

Apellido de la persona*

Fecha de nacimiento*

ID de MassHealth (deben ser 12 dígitos)

Teléfono*

Correo electrónico

Tipo de centro actual

Nombre del centro

Dirección*

Ciudad*

Estado*

Código postal*

Teléfono del centro

Nombre del contacto en el centro

Fecha de admisión

Fecha proyectada del alta, si la conoce

¿Necesita la persona vivienda? Sí No Desconocido

Identidad de género

Idioma hablado preferido

Idioma escrito preferido

¿Necesita la persona un intérprete? Sí No

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.

Nombre del tutor legal

Apellido 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*

Relación con la persona*

Título

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

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

Si lo sabe, por favor, complete lo siguiente:

Agencia

Nombre completo del contacto en la agencia _____
Nombre Apellido

Teléfono del contacto en la agencia Correo electrónico del contacto en la agencia

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