



SERVICIOS DE HOSPICE DEL PROGRAMA – DE MEDICAID EN LA FLORIDA DECLARACION DE ELECCION

- He entendido las explicaciones que me han sido dadas acerca del programa de servicios hospice, subsidiado por Medicaid en el estado de La Florida.
- Se me ha brindado la oportunidad de discutir en que consisten los beneficios, requisitos, y limitaciones de dicho programa, así como los terminos de esta declaracion de eleccion.
- Entiendo que tendre derecho a elegir servicios de hospice cubiertos por Medicaid, mientras permanezca siendo elegible para recibir Medicaid, y mientras el medico de hospice certifique que sufro una enfermedad terminal.
- Entiendo que al firmar esta declaracion de eleccion, voluntariamente renuncio, por el tiempo que sea efectiva, al derecho a recibir los siguientes servicios de Medicaid:
 1. Cuidados provistos por otro hospice que no sea el que designo con este documento (excepto si tal acuerdo fuera arreglado a través del hospice que yo eligiera).
 2. Atención relacionada al tratamiento de la enfermedad, o condiciones asociadas a esta enfermedad por la(s) cual(es) eligí los cuidados de hospice, o atención que resulte equivalente a los servicios que hospice me dispensa, (con excepción de los servicios provistos por mi médico personal, en caso de que no este empleado por el hospice que yo designara, ni recibiendo del mismo por servicios que a mí rinda).
- Entiendo que puedo revocar mi elección a recibir servicios de hospice en cualquier momento, firmando una declaración a ese efecto, indicando la fecha en que la revocación tomara validez, y remitiendo dicha declaración a hospice antes de la fecha de revocación. A partir de ese momento, mi derecho a recibir los otros beneficios de Medicaid será restablecido, siempre que yo continúe siendo elegible para recibir Medicaid.

Al firmar esta Declaración, yo elijo a _____

Nombre del Hospice

para que me provea servicios de cuidados de Hospice de Medicaid.

Firma del Participante o Representante

Fecha de Eleccion

Firma del Representante de Hospice

Fecha

Distribution of Copies:

1. Coordinator (DCF)
2. Physician
3. Hospice
4. Area Medicaid Office
5. HMO (if applicable)