



**SERVICIOS HOSPICE – MEDICAID DE LA FLORIDA  
Revocacion o Declaracion de Cambio**

**Parte I:** debe ser completada por el Hospice.

<b>Parte I:</b>	A la atencion del Department of Children and Families	Fecha
		Remite:
		Nombre del Hospice
	Direccion	Direccion
<b>Referente:</b>	Nombre del Recipiente	Numero de Proveedor
	Numero de Medicaid	Estado del Paciente
	Medico dispensando el tratamiento	Fecha de cambio en el estado del paciente

**Parte II:**  Yo deseo que: \_\_\_\_\_ deje de proveerme servicios de Hospice.  
Nombre del Hospice

En su lugar designo a: \_\_\_\_\_ para que continúe  
Nombre del Hospice  
dispensandome servicios de hospice.

Direccion

No. de Telefono

No. de Proveedor

Fecha de efectividad

Yo deseo revocar mi eleccion a recibir servicios Hospice de Medicaid comenzando \_\_\_\_\_.

Yo entiendo que mientras permanezca siendo elegible para recibir servicios de Medicaid, al entregar esta declaracion de revocacion, mi derecho a recibir los otros servicios de Medicaid sera restablecido. Sin embargo, si la razon por la cual yo era elegible para Medicaid era el hecho de ser elegible para servicios hospice, en ese caso, al revocar mi eleccion a recibir servicios hospice, automaticamente termina tambien mi elegibilidad de Medicaid.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

(Para obtener informacion referente a su posible elegibilidad para otros programas de asistencia de Medicaid, por favor contacte a su trabajador social.)

Distribution of Copies:

1. Coordinator
2. Physician
3. Hospice