

Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP)  
**Formulario de solicitud de avisos electrónicos**



Envíe este formulario por correo a:  
Elderplan c/o Command Direct  
PO Box 18023  
Hauppauge, NY 11788

---

**Inscrito**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Nombre completo del inscrito

Número de inscrito: \_\_\_\_\_  
N.º de identificación de miembro

**Instrucciones:** Complete este formulario para pedirle a Elderplan que envíe los avisos de Nombre del inscrito de forma electrónica. *Debe seleccionar una opción electrónica en los puntos 1 y 2 a continuación.*

- 1. En lugar de obtener avisos por correo, quiero que Elderplan me los envíe por el siguiente medio  Portal web
- 2. Además de recibir avisos por teléfono, deseo que Elderplan me los envíe por el siguiente medio:  Portal web
- 3. En lugar de recibir las comunicaciones sobre el manual para los miembros, el directorio de proveedores de mi plan y los cambios en mis beneficios de atención administrada de Medicaid por correo, deseo que Elderplan me envíe estos avisos por el siguiente medio:  Portal web

**Información de contacto:** Ingrese su información de contacto para las elecciones anteriores.

Teléfono celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Puede elegir a alguien que lo represente, como un familiar, amigo o abogado. Si desea que un tercero lo represente, infórmenoslo a continuación.

- ¿Ha autorizado antes a esta persona ante Elderplan?  Sí  No
- ¿Quiere que esta persona actúe en su nombre ante las quejas, todos los pasos de una apelación o una audiencia imparcial? Nos puede informar si cambia de parecer.  Sí  No

---

**Información de la persona designada** (persona que usted desea que lo represente)

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Firma del inscrito: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de la persona designada: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Aviso sobre no discriminación

---

Elderplan cumple con las leyes federales de derechos civiles. Elderplan no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Elderplan provee lo siguiente:

- **Ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen con nosotros, como los siguientes:**
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
  - Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- **Servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como los siguientes:**
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a Elderplan al **1-877-891-6447**. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al **711**.

Si considera que Elderplan no le ha proporcionado estos servicios o le brindó un trato diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante Elderplan a través de los siguientes medios:

**Correo postal:** 55 Water Street, 46th Floor, New York, NY 10041

**Teléfono:** **1-877-326-9978** (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al **711**)

**En persona:** 55 Water Street, 46th Floor, New York, NY 10041

Además, puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de las siguientes maneras:

**Sitio web:** Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en  
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

**Correo postal:** U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201

Los formularios de quejas están disponibles en el siguiente enlace:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

**Teléfono:** **1-800-368-1019** (TTY/TDD **800-537**)

---

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-771-1119 (TTY: 711).	Inglés
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-771-1119 (TTY: 711).	Español
注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-771-1119 (TTY: 711).	Chino
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم (711) رقم هاتف الصم والبكم 1-877-771-1119	Árabe
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 1-877-771-1119 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.	Coreano
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-771-1119 (телетайп: 711).	Ruso
ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-877-771-1119 (TTY: 711).	Italiano
ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-771-1119 (TTY: 711).	Francés
ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-771-1119 (TTY: 711).	Francés criollo
אויפּמערקזאַם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי רופט. אפצאל (711) פון 1-877-771-1119.	Yidis
UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-877-771-1119 (TTY: 711).	Polaco
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-771-1119 (TTY: 711).	Tagalo
লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নি:খরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন 1-877-771-1119 (TTY: 711)	Bengalí
KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi net 1-877-771-1119 (TTY: 711).	Albanés
ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-877-771-1119 (TTY: 711).	Griego
خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں - کال کریں 1-877-771-1119 (TTY: 711)	Urdu