



FORMULARIO DE TRANSFERENCIA PARA SERVICIOS DE 1915(I)

Fecha de Solicitud _____

Este formulario debe completarse cuando un beneficiario de los servicios de 1915(i) incluyendo cuidado de adultos durante el día, habilitación durante el día, y habilitación residencial está interesado en transferirse a otro proveedor inscrito en 1915(i). Este formulario debe ser completado en su totalidad para considerarse valido.

Formulario debe ser enviado por correo electrónico a 1915i@dhcp.nv.gov con un mínimo de **7 días hábiles** antes de la fecha de inicio de la transferencia solicitada.

SECCION I: INFORMACION DEL BENEFICIARIO			
El beneficiario o Representante Autorizado (AR) en nombre del beneficiario debe de completar todas las secciones y firmar Sección I.			
Apellido:		Nombre:	
Medicaid ID:	Fecha de Nacimiento:	Número Telefónico	
Cambio de Condición: <input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No		Si marco sí, que fue lo que cambio:	
Razón para transferir:			
Nombre del Proveedor actual:		Fecha de finalización con proveedor:	
Beneficiario/AR debe poner sus iniciales en cada declaración y firmar a continuación:			
____ Entiendo que los servicios con mi proveedor actual de 1915(i) terminaran y le he notificado a mi proveedor la última fecha de servicio con ellos.			
____ Entiendo que solo puedo recibir servicios de un proveedor a la vez.			
____ NO me han ofrecido, ni he recibido ninguna compensación o incentivo para transferirme.			
____ El beneficiario o AR, doy fe de que he completado este formulario y entiendo las acciones que se llevaran a cabo a partir de mi firma.			
Beneficiario/AR: <i>(nombre impreso)</i>			
Firma del beneficiario/AR		Fecha	
SECCION II: INFORMACION DEL NUEVO PROVEEDOR			
El proveedor debe completar la Sección II incluyendo fechas de vigencias y firmar el formulario.			
Nombre del Nuevo Proveedor			
NPI del Nuevo Proveedor		Fecha de Inicio Solicitada	
El nuevo proveedor de 1915(i) debe poner sus iniciales en las siguientes declaraciones y firmar a continuación:			
____ Me he reunido con el beneficiario/AR y he proporcionado una copia de nuestras políticas y procedimientos.			
____ No se le ha dado a entender al beneficiario que la falta de transferencia resultará en perdida de elegibilidad de Medicaid o que el proveedor anterior no podrá continuar con los servicios.			
____ No se ha realizado u ofrecido ninguna compensación en relación con esta solicitud de transferencia.			
____ No se le han garantizado un aumento de horas al beneficiario.			
Firma del Nuevo Proveedor		Fecha	