

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

No. de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

No. de NYS Medicaid: \_\_\_\_\_ No. de Medicare: \_\_\_\_\_

- Al firmar este acuerdo de afiliación, consiento y acuerdo obtener todos los servicios de salud y de atención a largo plazo cubiertos, según aparecen en el manual del miembro, a través de GuildNet Gold o con su aprobación.
- He recibido, leído y revisado una copia del Manual del Miembro de GuildNet Gold y he tenido la oportunidad de hacer preguntas al respecto. He recibido una copia de la lista de la red de proveedores.
- Me he reunido con un Administrador de Casos encargado de Admisiones, y tanto los servicios cubiertos como mis derechos y obligaciones, según se describen en el manual, me han sido explicados totalmente.
- Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas. Entiendo las condiciones de afiliación.
- He sido informado de mi derecho a nombrar un Apoderado para la Atención Médica y documentar Directivas por Anticipado con respecto a mi atención de salud.
- Consiento y acuerdo adherirme a las normas y reglamentos del Plan GuildNet Gold. Entiendo la razón o razones por las cuales puedo ser dado de baja de forma involuntaria, descritas en el Manual del Miembro de GuildNet Gold.
- Doy mi consentimiento a GuildNet Gold para que comparta la información médica sobre mi atención con los proveedores de la red, hospitales, médicos, y otras agencias o personas envueltas en mi cuidado.
- Permitiré a GuildNet Gold a actuar como mi representante para que examine mi elegibilidad a Medicaid.
- Entiendo que para afiliarme y permanecer afiliado a GuildNet Gold, deberé tener cobertura tanto de Medicare Advantage como de Medicaid Advantage Plus a través de GuildNet Gold. El no mantenerme afiliado a cualquiera de estos dos programas dará pie a mi dada de baja de GuildNet Gold. Si pierdo mi elegibilidad a Medicaid, perderé también mi elegibilidad a este programa. La afiliación a este plan es voluntaria.
- Entiendo que mi afiliación a GuildNet Gold es voluntaria, y entrará en vigor el primer día del mes posterior a cuando sea aprobada por la Administración de Recursos Humanos de la Ciudad de Nueva York. Al firmar este convenio, retendré mi derecho a retirarme del plan siguiendo los procedimientos delineados en el Manual del Miembro, y entiendo que deberé continuar usando a los proveedores de la red de GuildNet Gold hasta que la fecha de mi dada de baja entre en vigor.

\_\_\_\_\_  
Firma del nuevo miembro

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona autorizada a firmar en nombre del miembro (si el miembro no puede firmar)

\_\_\_\_\_  
Relación con el miembro

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

*Es la política de la Corporación de los Centros de Salud GuildNet/JGB adherirse a las leyes estatales y federales, las cuales prohíben la discriminación por razones de raza, color, religión, inclinación sexual u origen nacional o étnico con respecto a la admisión a cualquiera de sus programas o servicios o con respecto a cualquiera de sus políticas o prácticas.*