



INLAND EMPIRE HEALTH PLAN

Comité Asesor de Afiliados

DualChoice

SOLICITUD PARA MIEMBROS DE IEHP DUALCHOICE

Gracias por su interés por participar en el Comité Asesor de Afiliados (Enrollee Advisory Committee, EAC) de IEHP DualChoice (HMO D-SNP). Si tiene alguna pregunta, llámenos a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-4347 (TTY 1-800-718-4347).

Por favor, en escriba a mano o en computadora. Puede utilizar hojas adicionales si es necesario.

DETALLES DE CONTACTO

Nombre:

Nombre de preferencia:

N.º de Identificación de Miembro de IEHP DualChoice:

Fecha de nacimiento:

Domicilio:

Correo electrónico:

Número de teléfono:

¿Ha sido miembro de IEHP DualChoice por menos de 12 meses?

Sí

No

No lo sé

Describa brevemente por qué quiere ser miembro del EAC:

¿Está recibiendo servicios de apoyo en el hogar (In-Home Supportive Services, IHSS)?

Sí

No

No lo sé

¿Es usted padre, madre, tutor o cuidador de un menor o adulto dependiente?

Sí

No

No lo sé

¿Está participando en servicios para adultos basados en la comunidad (Community-Based Adult Services, CBAS)?

Sí

No

No lo sé

¿Se identifica usted como una persona con discapacidad?

Sí

No

En caso afirmativo, describa su discapacidad (a continuación):

¿Tiene alguna afección crónica?

Sí

No

En caso afirmativo, indique su(s) afección(es) (a continuación):

CENSO: PERSONAS EN I. E.

¿Qué grupo describe mejor su raza? (Se pueden marcar uno o más grupos)

Indoamericano o Nativo de Alaska	Asiático	Afroamericano	
Nativo de Hawái o de Otra Isla del Pacífico	Blanco	Otra raza	Prefiero no responder

¿Cuál es su origen? (Marque una opción)

Hispano o latino	Ni hispano ni latino	Prefiero no responder
Otro, especifique:		

IDIOMA

¿Cuál es su idioma principal?

¿Cuál es su nivel de inglés? (Marque una opción)

Muy bueno	Bueno	No hablo bien inglés
No hablo inglés	Prefiero no responder	No está disponible

¿Quisiera un intérprete? (Marque una opción)

Sí	No	No lo sé
Prefiero no responder	No está disponible	

¿Cuál es su idioma preferido para sus necesidades de atención médica? (Marque una opción)

Árabe	Armenio	Camboyano	Chino	Inglés	Francés
Hebreo	Hmong	Ilocano	Italiano	Japonés	Coreano
Laosiano	Polaco	Portugués	Ruso	Samoano	
Lenguaje de Señas Americano (American Sign Language, ASL)		Español	Tagalo	Tailandés	Turco
Vietnamita	No lo sé	No está disponible	Prefiero no responder		
Otro, especifique:					

IDIOMA (continuación)

¿En qué idioma sería mejor para usted recibir instrucciones escritas sobre asuntos médicos o de atención médica?
(Marque una opción)

Árabe	Armenio	Camboyano	Chino	Inglés	Francés
Hebreo	Hmong	Ilocano	Italiano	Japonés	Coreano
Laosiano	Polaco	Portugués	Ruso	Samoano	Español
Tagalo	Tailandés	Turco	Vietnamita	No lo sé	
No está disponible	Prefiero no responder				
Otro, especifique:					

Si no seleccionó inglés, español, chino o vietnamita, puede llamar a Servicios para Miembros al 1-877-273-4347, 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, incluidos los días festivos, para que un intérprete traduzca en el momento sus materiales escritos oralmente.

Para los lectores de inglés, español, chino y vietnamita: ¿Necesita material escrito en un formato alternativo?
(Marque una opción).

Braille (solo inglés y español)	Letra grande	Electrónico
CD de audio	Texto pasado a Lenguaje de Señas Americano (ASL)	

ORIENTACIÓN SEXUAL E IDENTIDAD DE GÉNERO

Sexo asignado al nacer

Mujer	Hombre	Se desconoce
Prefiere no decirlo	X/algún otro sexo	Los detalles no están a la mano

Identidad de género

Mujer	Hombre
Hombre transgénero/hombre trans/mujer a hombre (female to male, FTM)	
Mujer transgénero/mujer trans/hombre a mujer (male to female, MTF)	
Género queer, ni masculino ni femenino exclusivamente	
Grupo de género agregado u otro, especifique:	
Prefiere no decirlo	Los detalles no están a la mano

ORIENTACIÓN SEXUAL E IDENTIDAD DE GÉNERO (continuación)

¿Cuáles son sus pronombres?

Él

Ella

Elle

Otro (especifique):

Prefiere no decirlo

Los detalles no están a la mano

Orientación sexual

Lesbiana, gay u homosexual

Heterosexual

Bisexual

Pansexual

X/otro sexo

¿Desea añadir algo? Especifique:

Prefiere no decirlo

Los detalles no están a la mano

¿Ha trabajado anteriormente en un organismo como el EAC?

¿Por cuánto tiempo ha sido miembro de IEHP DualChoice?

¿Podría trabajar estrechamente con IEHP DualChoice para ofrecer ideas sobre políticas y programas?

¿Ve algún obstáculo para participar en las reuniones del EAC? (Su respuesta no afectará su elegibilidad).

¿Estaría dispuesto a cumplir un mandato de uno o dos años?

¿En qué días/horarios en la semana no puede prestar servicios en el EAC?

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) es un plan HMO con contrato de Medicare.
La inscripción en IEHP DualChoice (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato.

