



Medicaid & Medical Assistance

English, 中文, Kreyòl ayisyen, العربية, u otros idiomas: 1-866-843-7212.

Comité Consultivo de Beneficiarios (CCB) Solicitud de adhesión

Escanee aquí
para rellenar la
solicitud



Información personal

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: _____

Método de contacto preferido: Teléfono Correo electrónico Texto Otro

Correo electrónico: _____

Número de teléfono: _____

Condado de residencia: New Castle Kent Sussex

¿Por qué le interesa formar parte del CCB? (si necesita más espacio, escriba en el reverso de la página)

Si pudiera mejorar algo del Medicaid de Delaware, ¿qué sería?

¿Puede viajar a Esmirna para asistir a cuatro (4) reuniones al año?

(No es un requisito y puede haber reembolso)

Sí No Tal vez

Está inscrito actualmente o con anterioridad en Medicaid?

Sí No

Ha sido cuidador de alguna persona inscrita en Medicaid?

Sí No

demográfica

Grupo de edad: 18-21 22-30 31-45 46-65 66+

Usted o alguien de su hogar tiene alguna discapacidad?

Sí No Prefiero no decirlo

Raza/Etnicidad:

Indio americano/Nativo de Alaska Asiático Negro/Afroamericano Hispano/Latino/a
 Oriente Medio/Norteafricano Nativo de Hawaii/Islas del Pacífico Blanco Otro

Disponibilidad para participar:

Día entre semana Tarde entre semana Fin de semana Otros: _____

¿Cómo nos conoció?

Acuerdo y firma

Solicito ser miembro del Comité Consultivo de Beneficiarios y acepto cumplir sus normas y reglamentos. Afirmo que la información facilitada es verdadera y exacta.

Firma: _____ Date: _____

Sólo para uso de oficina

Solicitud recibida por: _____ Date: _____

Adhesión aprobada: Sí No

Observaciones:
