



## Formulario de Aceptación del Miembro

Yo, \_\_\_\_\_, declaro que me han ofrecido una copia del  
(Nombre del Miembro)

Manual para Miembros de Medicaid. He recibido el manual por correo, o mi proveedor me ha dado una copia o mi proveedor me ha indicado dónde encontrar el manual en línea. Entiendo que este manual contiene información sobre mis beneficios. También habla sobre mis derechos y responsabilidades. Mi proveedor me ha indicado la parte del manual que describe cómo acceder a servicios de emergencia y transporte, y cómo elegir un proveedor. Mi proveedor también me ha indicado la parte del manual que explica cómo presentar una queja formal o una apelación.

**También entiendo que, si me han tratado injustamente o me han discriminado por cualquier motivo, puedo comunicarme con Optum Salt Lake County al 1-877-370-8953 para presentar una queja.**

Mi proveedor ha revisado estos materiales conmigo y ha respondido mis preguntas.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Miembro en Letra de Imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma del Menor

\_\_\_\_\_  
Firma del Miembro/Firma del Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Intérprete (si corresponde)

\_\_\_\_\_  
Fecha