



El presente formulario puede usarse para informar a IMG de su elección de inscripción conforme al programa de beneficios médicos de AmeriCorps VISTA. Usted puede optar por inscribirse en el Plan de Beneficios Médicos de AmeriCorps, en el Plan de Reintegros por Atención Médica de AmeriCorps VISTA, o puede optar por renunciar a su participación en el programa de beneficios por completo. Todos los socios deben completar el presente formulario cuando se produzcan cambios en su estado de cobertura de atención médica, así como al comienzo de un nuevo período de servicio. Para procesar correctamente sus reclamos y garantizar que usted reciba los máximos beneficios disponibles, se necesita información sobre otra cobertura de atención médica.

- 1. Envíe el formulario completo por correo electrónico a: **vistacare@imglobal.com**
  - 2. Correo postal: **IMG P.O. Box 88506 Indianapolis, IN 46208**
  - 3. Envíe el formulario completo por fax al: **(855) 851-2971**
- En caso de dudas, contáctese con nosotros al: **(855) 851-2974 o (317) 833-1711**

Puede informar a IMG sobre su opción de inscripción inicial a través de su cuenta de MyIMGVISTA. Visite [americorpsvista.imglobal.com](http://americorpsvista.imglobal.com) para mayor información.

### Sección 1: Información General (Debe completarla)

NSPID o identificación del socio de IMG (si lo sabe): \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de inscripción o notificación: \_\_\_\_\_

Domicilio postal: \_\_\_\_\_  
Calle/Depto./Suite/Cuarto, etc.

Ciudad

Estado

Código postal

- Esta es mi primera inscripción.  Este es un cambio en el estado de mi cobertura de atención médica.

### Sección 2: Estado de la cobertura de atención médica actual

- Tengo otra cobertura de atención médica y deseo inscribirme en el plan de Reintegros por Atención Médica. **Complete las Secciones 3, 4 y 6**
- Estoy exenta del mandato de conservar una cobertura de atención médica y NO cuento con otra cobertura de atención médica. Solicito que se me inscriba en el Plan de Beneficios Médicos. **Complete las Secciones 4, 5 y 6.**
- No estoy exenta del mandato y planeo conseguir la cobertura de atención médica exigida dentro de los próximos 60 días. Solicito la inscripción temporaria en el Plan de Beneficios. Entiendo que DEBO entregarle a IMG las pruebas de cobertura dentro de los 60 días a través de un formulario de inscripción actualizado. Entiendo que después de 60 días, ya no tendré cobertura conforme al Plan de Beneficios Médicos de AmeriCorps. **Complete las Secciones 4 y 6**
- Opto por renunciar a la cobertura a través del Programa de Beneficios Médicos de AmeriCorps VISTA, pero entiendo que debo entregar pruebas de la cobertura alternativa. **Complete la Sección 6**

### Sección 3: Información relacionada con otra cobertura

Nombre del titular de la póliza

Fecha de nacimiento del titular de la póliza

Número de la póliza

Fecha de comienzo de la póliza

Fecha de finalización de la póliza

Nombre de la compañía de seguro

Domicilio de la compañía de seguro

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono de la compañía de seguro

¿Qué tipo de cobertura es esta?  Individual  Grupal  Tricare  Medicaid  Medicare

### Sección 4: Autorización para la entrega de información

Autorizo a todo médico, farmacéutico, hospital u otro proveedor de atención médica, asegurador, organización prepaga u otro proveedor de un plan de salud a que entregue información médica relacionada conmigo, lo que incluye información sobre salud física y mental, historia clínica y cualquier cobertura por adicciones a las drogas o al alcohol a representantes autorizados de International Medical Group, Inc. (IMG), a sus afiliadas y subsidiarias. La presente autorización permanecerá en vigencia hasta que yo la revoque. Toda copia de la presente autorización será tan válida como su original. Entiendo que podría recibir una copia de la presente autorización si solicito una por escrito.

*Declaración de la Ley de Privacidad: La presente información se brinda de acuerdo con la Ley Pública 93-579 (Ley de Privacidad de 1974) para socios de AmeriCorps que completan los registros y formularios Federales que solicitan información personal sobre historias clínicas del socio de AmeriCorps para que la presentación de un reclamo médico por un socio de AmeriCorps se procese de manera expeditiva. No se realizará ningún otro uso de esta información. Efectos de la no entrega. La falta de autorización para la entrega de información médica podría demorar el procesamiento del reclamo médico.*

### Sección 5: Para socios que solicitan exención

Si su actual período de servicio en el programa AmeriCorps VISTA comenzó el 1/1/2015 o en una fecha posterior, y usted quiere inscribirse en el plan de beneficios médicos de AmeriCorps VISTA, debe proporcionar su Número de Certificación de Exención (ECN, por sus siglas en inglés). Su exención debe estar aprobada antes de inscribirse en el plan de beneficios médicos. Para más información sobre exenciones, visite [www.healthcare.gov/exemption](http://www.healthcare.gov/exemption).

ECN: \_\_\_\_\_

### Sección 6: Firma

Al firmar a continuación, certifico que la información y las declaraciones que he proporcionado en este formulario son verdaderas y correctas. Asimismo, doy mi consentimiento a las autorizaciones contenidas en el presente.

Firma del socio: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Declaración de la Ley de Privacidad: Autoridades** – Esta declaración se requiere conforme al 42 U.S.C. 4955, Servicios de soporte; 42 U.S.C. 12618, Beneficios autorizados para miembros del Cuerpo; y 45 CFR § 2556.320 - ¿Cuáles beneficios se podrían recibir un miembro de VISTA mientras se participa en servicio de VISTA? **Propósitos** – Se requiere para administrar y evaluar a los programas de beneficios de cuidado de salud brindados a los Miembros de VISTA, NCCC, y FEMA Cuerpo. **Usos de Rutina** – Usos rutinarios de esta declaración puede incluir la divulgación a (1) proveedores de cuidado de salud y compañías de seguros para rendir servicios de cuidado de salud y coordinar a los pagos de aquéllos, (2) los contratistas para ayudar a llevar a cabo la administración de los beneficios de cuidado de salud, y (3) las agencias federales, estatales, o locales conforme a los pedidos autorizados por la ley. **Consecuencias de no divulgar** – Este requisito es voluntario, no obstante, si usted decide no proveer la información es probable que se afectará el rendimiento de los beneficios de cuidado de salud.

Aviso de Comunicación Electrónica y Privacidad: Favor de entregar estos documentos de manera segura, tal como por correo electrónico encriptado o por facsímil. Si decide entregar la información por correo electrónico no seguro, usted será responsable por interceptaciones ilegales o pérdida de datos que se efectúe debido a su decisión. Para proteger a sus datos personales, recomendamos que considere cualesquier opciones del envío de correo electrónico seguro o confidencial/encriptado ofrecidas por su proveedor de servicio de correo electrónico. También usted puede considerar el proteger de sus documentos por contraseña y enviar la contraseña por distinto correo electrónico.