



RON DESANTIS
GOVERNOR

MARY C. MAYHEW
SECRETARY

DEZIYASYON POU YON REPREZANTAN KI OTORIZE POU CHWAZI YON PLAN KI POU KONTWOLE SWEN

Enfomasyon moun ki gen Medicaid la:

Sinyati: _____ Prenon: _____ Inisyal dezyèm prenon'w: _____

Nimewo ID Medicaid moun sa-a: _____ Ane Nesans benefisyè a: _____

Mwen swete deziyen moun ki ekri anba-a, kankou reprezantan'm, pou li kapab chwazi yon plan sante pou kontwole swen-m.

Mwen konprann ke fòm sa-a, pou deziyen moun sa-a pou reprezantan'm lan, sèlman bay li otorizasyon pou li chwazi yon plan sante pou kontwole swen-m.

Reprezantan:

_____ (Ekri non)

Adrès:

Telefòn:

Nimewo Kat Idantite'w ke gouvènman-an bay:

_____ (Egzanp: Lisans, paspò, Kat residans, etc ...)

5 dènye shif Sosyal Sekirite'w :

Dat:

Moun ki gen Medicaid la:

Temwen:

_____ (Ekri non)

_____ (Ekri non)

_____ (Sinyati)

_____ (Sinyati)

Dat:

Dat:



2727 Mahan Drive • Mail Stop #
Tallahassee, FL 32308
AHCA.MyFlorida.com

Facebook.com/AHCAFlorida
Youtube.com/AHCAFlorida
Twitter.com/AHCA_FL

Enstriksyon pou ranpli fòm nan

Enfòmasyon moun ki gen Medicaid la:

Sinyati: Ekri sinyati moun sa-a, ke leta rekonèt.

Prenon: Ekri prenon moun sa-a, ke leta rekonèt.

Inisyal dezyèm prenon'w: Ekri premye lèt, dezyèm prenon moun ki gen Medicaid la.

Nimewo ID Medicaid moun sa-a: Ekri Nimewo ID Medicaid pou moun ki gen Medicaid la.

Dat de Nesans moun sa-a: Antre ane nesans pou benefisyè a.

Enfòmasyon Repezantan-an:

Repezantan: Ekri tout non moun ou ta renmen Repezante'w la, ke leta rekonèt.

Adrès: Ekri adrès lapòs moun ou ta renmen Repezante'w la.

Nimewo Kat Idantite'w ke gouvènman-an bay: Ekri Nimewo Kat Idantite'w ke gouvènman-an bay moun sa-a.

(Si Repezantan-an pa gen yon kat ID ke gouvènman ba-li, yo mèt kontinye ranpli lòt etap fòm sa-a.)

5 dènye shif Sosyal Sekirite'w: Ekri 5 dènye shif ki nan Sosyal Sekirite moun ou ta renme Repezante'w la.

Enstriksyon final:

Se pou moun ki gen Medicaid la, avèk yon temyen, siyen fòm sa-a, make dat la ladan'l tou, epi soumèt li pa younn nan metòd anba-yo.

Email	Fax	Pa lapòs
flenrollmentrequest@automated-health.com	(850) 402-4678	Agency for Health Care Administration P.O. Box 5197 Tallahassee, FL 32314