

Remisión y admisión de participantes - Nuevo México

Completa este formulario en su totalidad para inscribir al participante, proporcionar información importante para continuar el proceso de inscripción y establecer el empleador de registro para el Programa de Exención de Apoyos, Mi Vía o Beneficios Comunitarios Autodirigidos (SDCB).

El empleador de registro debe reclutar, contratar, formar, supervisar y despedir a los empleados que proporcionan apoyo al participante. Esto incluye supervisar las tareas y los horarios de los empleados, completar los formularios de inscripción y presentar las hojas de trabajo. El empleador de registro a cargo debe ser mayor de 18 años, demostrar un fuerte compromiso con el participante, mostrar conocimiento y respeto por las preferencias del participante, y utilizar su buen juicio para actuar en nombre del participante.

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE			
Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	
Número de Seguro Social	Correo electrónico	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	
Dirección (Calle, incluyendo número de apartamento)			
Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Dirección postal (Calle, incluyendo número de apartamento) – <i>si es distinta a la dirección</i>			
Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Teléfono 1	Correo electrónico	Método de comunicación <input type="checkbox"/> C. Eléct. <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Teléfono	
Contacto de emergencia	Relación	Número telefónico	
EMPLEADOR DESIGNADO (si es diferente del participante)			
Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	
Número de Seguro social	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Dirección (calle, incluyendo número de apartamento)			
Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Dirección postal (Calle, incluyendo número de apartamento) – <i>si es diferente a la dirección física</i>			
Ciudad	Estado	Postal	Condado

Teléfono 1	Teléfono 2	Método de comunicación <input type="checkbox"/> C. Eléct. <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Teléfono
Correo electrónico		
Relación con Participante <input type="checkbox"/> Padre o madre <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Representante legal <input type="checkbox"/> Otro (sin parentesco) <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Contacto de emergencia	Relación	Número telefónico

¿Cómo deseas inscribirte?	
<input type="checkbox"/>	Completar la inscripción en línea. (recomendado) Al marcar esta opción, el empleador acepta recibir información, notificaciones y correspondencia por vía electrónica. Dicha correspondencia puede contener Información personal de salud, tal y como se define en 45 CFR 160.103, y otra información de identificación personal. El empleador acepta todos los riesgos asociados a la transmisión de dicha información a través de esos canales. El empleador entiende que su consentimiento está en vigencia hasta que se notifique a Palco por escrito que el empleador retira dicho consentimiento.
<input type="checkbox"/>	Recibir un paquete por correo electrónico a la dirección de correo electrónico del jabón.
<input type="checkbox"/>	Recibir un paquete en papel por correo a la dirección postal del empleador.

Nombre impreso del empleador

Nombre impreso del participante
(Si es diferente a la del empleado)

Firma del empleador

Firma del participante
(Si es diferente al del empleador)

Fecha

Fecha

Envía este formulario a Conduent por correo electrónico:
docprocessing@conduent.com
o por fax: 866.302.6787