



RICK SCOTT
GOVERNOR

JUSTIN SENIOR
INTERIM SECRETARY

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

Enfomasyon moun ki gen Medicaid la:

Sinyati: _____ **Prenon:** _____ **Inisyal dezyém
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 #62
Tallahassee, FL 32308

Visite AHCA por internet
AHCA.MyFlorida.com

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