

TODOS LOS CAMPOS DE ESTE FORMULARIO SON OPCIONALES.* Contestar estas preguntas queda a su criterio. No le pueden denegar la cobertura por no contestarlas. *Las siguientes respuestas son solo para uso interno del plan y no se compartirán con CMS.

Nombre: _____

Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Relación con el afiliado: _____

- Plan seleccionado:
- MetroPlus Advantage Plan** (HMO D-SNP)
 - MetroPlus UltraCare** (HMO D-SNP)
 - MetroPlus Platinum Plan** (HMO)

¿Es usted de origen hispano, latino o español? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- No, no soy de origen hispano, latino ni español
- Sí, puertorriqueño
- Sí, otro origen hispano, latino o español
- Sí, mexicano, mexicanoamericano o chicano
- Sí, cubano/a
- Prefiero no contestar**

¿Cuál es su origen racial? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- Indoamericano o nativo de Alaska
- Chino
- Japonés
- Otro origen asiático
- Vietnamita
- Indoasiático
- Filipino
- Coreano
- Otro origen de las islas del Pacífico
- Blanco
- Negro o afroamericano
- Guameño o chamorro
- Nativo hawaiano
- Samoano
- Prefiero no contestar**

¿Cuál es su género? Seleccione uno:

- Mujer
- Uso otro término: _____
- Hombre
- No binario
- Prefiero no contestar**

¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor cómo se percibe? Seleccione una:

- Lesbiana u homosexual
- Bisexual
- No lo sé
- Heterosexual, es decir, ni lesbiana ni homosexual
- Uso otro término: _____
- Prefiero no contestar**

FIRMA DEL BENEFICIARIO O DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO Y FECHA DE LA FIRMA:

Nombre del solicitante en letra de molde *Firma del solicitante* *Fecha*

Si usted es el representante autorizado, complete, firme y aclare en letra de molde a continuación:

Su relación con el beneficiario: _____

Nombre del solicitante en letra de molde *Firma del solicitante* *Fecha*