CONSUMER DIRECT CARE NETWORK

Clear Form

FORMULARIO DE SOLICITUD DE AGENTE FISCAL

Instrucciones para la inscripción de un nuevo Consumidor o Empleador para Facilitadores de Servicio:

1. Por favor complete este formulario y envíelo por correo electrónico a CDCN, a la dirección VAReferrals@ConsumerDirectCare.com o vía fax al 1-877-571-8649.
2. En la casilla de *Paquete de Inscripción para Empleadores* que se encuentra a continuación, por favor indique qué opción se utilizará para esta inscripción:
   a. Solicite que CDCN le envíe un paquete blanco al Empleador.
      i. Por favor anticipe que CDCN tardará 3 días laborales para enviar el paquete al Empleador.
   b. El Facilitador de Servicio imprimirá el *Paquete de inscripción de EOR* del sitio web de CDCN, www.ConsumerDirectVA.com/forms. No es necesario que CDCN envíe el paquete por correo.

Fecha de referencia	**Paquete de Inscripción para Empleadores**
	☐ Solicite que CDCN envíe un paquete en blanco al Empleador ☐ El Facilitador de Servicio imprimirá y llevará un paquete de inscripción al Empleador

Información de la agencia del Facilitador de Servicio	**Elija todas las que apliquen:**
Nombre de la agencia del Facilitador de Servicio:	☐ Nuevo Consumidor ☐ Consumidor actual/Cambio de Empleador de Registro ☐ Consumidor actual/Cambio de facilitador de servicios ☐ Cambio de Agente Empleador Fiscal (llene la información a continuación) Agente Empleador Fiscal actual: _____ Nuevo Agente Empleador Fiscal: Escoger ___
# de identificador nacional de proveedor (NPI)/nombre de agencia:	
Correo electrónico: # de contacto:	

Información del consumidor Todos los elementos con *asterisco son obligatorios. ***Para procesar la solicitud debe tener elegibilidad activa para Medicaid.***		
Nombre completo (nombre/segundo nombre/apellido)*		
Fecha de nacimiento*	SSN*	# de ID médica*
Dirección de correo electrónico	# de teléfono	
Dirección física*		
Ciudad*	Estado*	Código postal*
Dirección postal (de ser diferente de la dirección física)*		
Ciudad*	Estado*	Código postal*

Información del Empleador de Registro **INSTRUCCIONES IMPORTANTES -** Todos los elementos con (*) son obligatorios. Valide el nombre y número de SS en la credencial de Seguridad Social. Los nombres DEBEN ser iguales. Es OBLIGATORIO contar con una dirección FÍSICA para procesar la solicitud.		
☐ Empleador actual para otro consumidor de CD ☐ El CONSUMIDOR será el Empleador de Registro ☐ El CONSUMIDOR NO será el Empleador de Registro	Número de identificación de empleador (EIN):	
Nombre (como aparece en la credencial del seguro social)*		
Segundo nombre completo (como aparece en la credencial del seguro social)*		
Apellido (como aparece en la credencial del seguro social)*		
Número de seguridad social (obligatorio)*		
Correo electrónico*	# de teléfono	
Dirección física (obligatoria)*		
Ciudad*	Estado*	Código postal*
Dirección postal (de ser diferente de la dirección física)*		
Ciudad*	Estado*	Código postal*

¿Tiene dudas? Llame a CDCN al 1-888-444-8182 o
envíe un correo electrónico a nuestra cuenta de servicio al cliente, **InfoCDVA@ConsumerDirectCare.com**