

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
	<input type="checkbox"/> Solicite que CDCN envíe un paquete en blanco al Empleador <input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> Nuevo Consumidor <input type="checkbox"/> Consumidor actual/Cambio de Empleador de Registro <input type="checkbox"/> Consumidor actual/Cambio de facilitador de servicios <input type="checkbox"/> Cambio de Agente Empleador Fiscal (llene la información a continuación) Agente Empleador Fiscal actual: _____ Nuevo Agente Empleador Fiscal: _____
# 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. <u>Es OBLIGATORIO contar con una dirección FÍSICA para procesar la solicitud.</u>		
<input type="checkbox"/> Empleador actual para otro consumidor de CD Número de identificación de empleador (EIN): <input type="checkbox"/> El CONSUMIDOR será el Empleador de Registro <input type="checkbox"/> El CONSUMIDOR NO será el Empleador de Registro		
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