



Formulario de remisión de Foundational Community Supports

Complete este formulario si desea inscribirse en el programa Foundational Community Supports (FCS) o si desea remitir a otra persona al programa. Una vez completado, envíenos este formulario por correo electrónico a FCSTPA@wellpoint.com, o por fax al 844-470-8859.

Informaremos a los potenciales inscritos si reúnen los requisitos para el programa y si existe un proveedor disponible en su área para que trabaje con ellos. Si tiene preguntas, comuníquese con un representante de FCS llamando al 844-451-2828 (TTY 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. hora del Pacífico.

*Campo obligatorio

Información del inscrito	
Consideración para inscripción en: <input type="checkbox"/> Asistencia para vivienda <input type="checkbox"/> Empleo con apoyo	
*Fecha de hoy:	
*Nombre:	
*Fecha de nacimiento:	
Número de ProviderOne:	
Núm. de teléfono:	
Correo electrónico:	
Dirección:	*Ciudad, estado:
Autorremisión: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Doy mi consentimiento para compartir mi información con otros profesionales de la salud y de asistencia social con el fin de obtener servicios de asistencia para vivienda y/o empleo con apoyo.	
Firma del inscrito: _____ <i>No necesita firmar para ser considerado para el programa FCS.</i>	
Parte que remite	
Complete lo siguiente si no se trata de una autorremisión.	
Nombre:	
Agencia/Relación:	
Núm. de teléfono:	
Correo electrónico:	
Dirección:	

wellpoint.com/wa/medicaid

1018118WAMSPWLP 05/23