

Texas Medicaid Hospice Program
Individual Election/Cancellation/Update

1. Form Type <input type="checkbox"/> 1 = Election <input type="checkbox"/> 2 = Update <input type="checkbox"/> 3 = Correction <input type="checkbox"/> 4 = Cancel		2. Cancel Code	3. From (MMDDYYYY)	4. To (MMDDYYYY)
5. Setting <input type="checkbox"/> 1 = Home <input type="checkbox"/> 2 = NF <input type="checkbox"/> 3 = Hospital <input type="checkbox"/> 4 = Hospice Inpatient Unit <input type="checkbox"/> 5 = ICF/ID-RC <input type="checkbox"/> 6 = SNF				6. Medicare Part A <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
7. Name of Individual (Last, First, Middle)		8. Medicaid No.	9. Social Security No.	10. Date of Birth (MMDDYYYY)
11. Name of Facility/Provider and Address of Individual (Street, City, State, ZIP)				12. County

All Terminal Diagnoses — List all Terminal Illnesses	ICD-9 Code
	13.
	14.
	15.
	16.

Provider Information

17. Comments		
18. Hospice Name		19. Contract No.
20. Area Code and Telephone No.		
21. Hospice Address (Street, City, State, ZIP)		
22. Attending Physician's Name		23. State License No.
24. Date of Orders (MMDDYYYY)		

Keep a copy for your files.

25. Name of Hospice Representative (please type or print)

_____ 26. Signature – Hospice Representative _____ 27. Date (MMDDYYYY)

Individual's Declaration	Declaración de la persona
<p>I understand if I am determined eligible for Medicaid, I may receive Medicaid hospice services such as physician care services, nursing care services, medical social services, counseling services, home health aide services, therapy services, medical appliances and supplies, drugs and biologicals, volunteer services, inpatient services, respite services and other services related to the treatment of my terminal condition for which hospice care was elected.</p> <p>I waive other Medicaid acute care services related to the treatment of my terminal illness(es). I do not waive Medicaid services unrelated to the treatment of my terminal illness(es). I waive only those Medicaid services also provided by Medicare. Individuals under 21 years of age are not required to waive Medicaid services.</p> <p>I understand I must elect the Medicare and Medicaid hospice programs when I am eligible for both Medicare and Medicaid benefits.</p> <p>I understand I may cancel and re-elect the Medicaid Hospice Program at any time without any penalties.</p> <p>I understand the difference between palliative and curative care.</p>	<p>Entiendo que si lleno los requisitos de Medicaid, puedo recibir servicios de hospicio de Medicaid, como atención de un médico, servicio de enfermería, servicios sociales médicos, orientación, servicios de un auxiliar de salud en casa, terapia, aparatos y artículos médicos, medicinas y productos biológicos, servicios de voluntarios, de paciente interno, de relevo y otros servicios relacionados con el tratamiento de la enfermedad terminal que padezco y para la cual se escogió la atención de hospicio.</p> <p>Renuncio a los demás servicios de Medicaid para casos agudos relacionados con el tratamiento de mi enfermedad terminal. No renuncio a los servicios de Medicaid no relacionados con el tratamiento de mi enfermedad terminal. Solo renuncio a aquellos servicios de Medicaid prestados también por Medicare. Las personas menores de 21 años no tienen que renunciar a los servicios de Medicaid.</p> <p>Entiendo que al llenar los requisitos de Medicaid y Medicare, tengo que escoger el programa de hospicio tanto en uno como en el otro.</p> <p>Entiendo que puedo cancelar mi elección del Programa de Hospicio de Medicaid y volver a escogerlo en cualquier momento sin ninguna sanción.</p> <p>Entiendo la diferencia entre la atención curativa y la atención paliativa.</p>
<p>_____ 28. Signature – Individual/Firma de la persona</p>	<p>_____ 29. Date (MMDDYYYY)/Fecha (mes/día/año)</p>