



Division of

TennCare | TennCare CHOICES

Formulario de remisión

Fecha y hora de la remisión: _____ / _____ / _____ : _____ am / pm
Mes Día Año

Nombre de la persona remitida:

(es decir, la persona que necesita información o asistencia de CHOICES)

Dirección de la persona remitida: _____
(Número y calle o P.O. Box)

Ciudad Estado Condado Código postal

Número(s) de teléfono de la persona remitida:

Casa (____) _____ - _____

Celular (____) _____ - _____

Trabajo (____) _____ - _____

Otro (____) _____ - _____

Naturaleza de la remisión o petición:

Solicitar la inscripción en CHOICES

Requisitos de elegibilidad

Estado de la solicitud de CHOICES

Beneficios de CHOICES

Información general de CHOICES

Otra _____

Notas: _____

Nombre de la persona que llama/entidad de remisión:

Relación de la persona que llama/entidad de remisión con la persona remitida: _____

Número(s) de teléfono de la persona que llama/entidad de remisión:

Casa (____) _____ - _____

Celular (____) _____ - _____

Trabajo (____) _____ - _____

Otro (____) _____ - _____

Remitido a:

First TN AAAD

South Central TN AAAD

East TN AAAD

Northwest TN AAAD

Southeast TN AAAD

Southwest TN AAAD

Upper Cumberland AAAD

Aging Commission of the Mid-South AAAD

Greater Nashville AAAD

Amerigroup

BlueCare

UnitedHealthCare