

Este formulario es confidencial

ANTES DE ENVIAR ESTE FORMULARIO, DEBE COMPLETAR SU EVALUACIÓN DE DETECCIÓN DE RIESGOS DE SALUD EN LA PÁGINA 1 O EN LÍNEA EN www-es.nhhealthyfamilies.com PARA SER ELEGIBLE PARA EL PROGRAMA DE RECOMPENSAS PREPARADO PARA MI RECUPERACIÓN. ENVÍE SU FORMULARIO COMPLETO Y RECIBA UNA MOCHILA DE MI TRAVESÍA DE RECUPERACIÓN** LLENA DE ARTÍCULOS Y RECURSOS PARA AYUDARLO EN SU RECUPERACIÓN DEL ABUSO DE SUSTANCIAS (NO INCLUYE CONSUMO DE TABACO/NICOTINA).**

¿Cómo se enteró de este programa? Si fue a través de un proveedor, indique su nombre:

Información del miembro

***Campo obligatorio**

Fecha de hoy (mmddaaaa)

Su nombre:* Fecha de nacimiento: * (mmddaaaa)

Su apellido:*

Dirección postal:

Ciudad: Estado: Código postal:

Teléfono de casa: - - Teléfono móvil: - -

Correo electrónico:

¿Cuál es el mejor momento para contactarlo? _____

¿Ha tenido problemas de abuso de sustancias recientemente (que no sean tabaco/nicotina), pero está preparado para dar el primer paso en su recuperación? Sí No

Si necesita asistencia inmediata por un problema de abuso de sustancias, comuníquese al 2-1-1.

R4R@centene.com

Complete este formulario y envíelo a la siguiente dirección:
NH Healthy Families, 2 Executive Park Drive, Bedford, NH 03110-9983

Nota: El consumo de tabaco o nicotina no se incluye como parte de este programa.

****Se aplican algunas restricciones y limitaciones. Cada miembro puede ganar hasta \$250 en efectivo y en bienes y servicios no monetarios hasta el 30 de junio de cada año.**