



## Formulario de solicitud y autorización para tutoría

Anthem ofrece servicios de tutoría para miembros de Hoosier Care Connect de 4 a 21 años en tutela temporal. Al completar este formulario, pido que el miembro nombrado abajo sea referido para que reciba servicios.

### Información del miembro

Nombre (nombre, apellido): \_\_\_\_\_  Femenino  Masculino  
Núm. de ID del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección física: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

### Información sobre educación

Nombre del maestro: \_\_\_\_\_  
Escuela del miembro: \_\_\_\_\_  
Dirección de la escuela: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Nivel escolar: \_\_\_\_\_  
Promedio de calificaciones actual: \_\_\_\_\_

### Materia(s) que requiere(n) servicios de tutoría:

Inglés  Matemáticas  Artes del lenguaje

Firme y envíe por correo a la dirección a continuación. También puede enviar el formulario por correo electrónico (como archivo adjunto o como imagen de un teléfono inteligente) a indianatutoring@anthem.com. Para saber más, llame a Anthem al 833-621-3782.

**Anthem Blue Cross and Blue Shield**  
**ATTN: Indiana Medicaid**  
**Mail Drop: IN0204-C497**  
**220 Virginia Ave.**  
**Indianapolis, IN 46204**

He leído el contenido de este formulario. Entiendo, acepto y permito que Anthem use y divulgue la información del Miembro a terceros, incluyendo Educational Tutorial Services para coordinar el servicio solicitado. Entiendo que la firma de este formulario es por voluntad propia. Entiendo que Anthem no requiere que firme este formulario para que yo reciba tratamiento o pago, o para inscripción o ser elegible para beneficios.

Tengo el derecho de revocar esta aprobación en cualquier momento dándole notificación escrita de mi revocación a Anthem. Esta aprobación entrará en vigencia hasta que sea revocada. Entiendo que mi revocación de esta aprobación no afectará ninguna acción tomada antes de hacerlo. También entiendo que la información que es divulgada podría ser entregada por la persona o el grupo que la recibe. Si ocurre esto, ya no estaría protegida bajo la Norma de privacidad de la HIPAA. Tengo derecho a una copia de este formulario.

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma** (padre o tutor si el miembro es menor de edad)

anthem.com/inmedicaid

**Atendiendo al Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan y  
Hoosier Care Connect**

Anthem Blue Cross and Blue Shield es el nombre comercial de Anthem Insurance Companies, Inc., licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Anthem es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc.