



Yes, I would like more information about the myPlace PACE Program!

Name _____ Date _____

Address _____

City _____ State _____ Zip Code _____

Phone # _____

Email _____

Language Preference _____

Do you have Medi-Cal? ☐ Yes ☐ No

Do you have Medicare? ☐ Yes ☐ No

If you have Medicare, please select which types you have:

- ☐ Part A - Hospital
- ☐ Part B - Medical
- ☐ Part D - Prescription Drugs
- ☐ Don't Know



Sí, me gustaría obtener más información
sobre el programa myPlace PACE

Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ C. P.: _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Preferencia de Idioma: _____

¿Tiene Medi-Cal?

Si

☐

No

☐

¿Tiene Medicare?

Si

☐

No

☐

Si tiene Medicare, por favor seleccione cual utiliza:

☐

Part A - Hospital.

☐

Part B - Seguro Médico.

☐

Part D - Medicamentos.

☐

No lo sé.