

**AVISO DE BIENES COMPARTIDOS DE ESPOSO EN LA COMUNIDAD  
COMMUNITY SPOUSE ASSET SHARE NOTICE**

**Instrucciones:**

El trabajador debe completar este formulario y presentar una copia al esposo(a) institucionalizado, al esposo(a) en la comunidad y una copia en el expediente del caso.

Nombre de Esposo(a) Institucionalizado (Apellido, Nombre, Inicial)

Dirección de Esposo(a) Institucionalizado (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)

Nombre de Esposo(a) en la Comunidad (Apellido, Nombre, Inicial)

Dirección de Esposo(a) en la Comunidad (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)

Todos los bienes tanto los del esposo(a) institucionalizado como los del esposo(a) en la comunidad han sido evaluados para determinar los bienes compartidos del esposo(a) en la comunidad. Los bienes compartidos del esposo(a) en la comunidad más el límite de bienes de *Medicaid* para una sola persona es igual a la cantidad de bienes que la persona institucionalizada y el esposo(a) pueden tener y cumplir con la prueba de elegibilidad de bienes de *Medicaid* para la persona institucionalizada.

Para la elegibilidad de *Medicaid* el total de bienes, que el esposo(a) en la comunidad y el esposo(a) institucionalizado pueden tener a partir de la fecha de entrada en la institución o la fecha en que se inició la solicitud para el *community waivers* no pueden exceder:

Los bienes compartidos del esposo(a) en la comunidad no pueden exceder ..... \$ \_\_\_\_\_

Sus bienes contables combinados a partir del \_\_\_\_\_ eran..... \$ \_\_\_\_\_  
(fecha)

Los bienes compartidos del esposo(a) en la comunidad se basan en lo siguiente y son... \$ \_\_\_\_\_

Usted y su esposo(a) pueden tener \$ \_\_\_\_\_ en bienes y todavía calificar para la elegibilidad de *Medicaid* en lo que se refiere a los bienes en cuestión. Esta cifra se obtiene mediante la suma de los bienes compartidos del esposo(a) en la comunidad y el límite de bienes de *Medicaid* para una sola persona (\$2,000). Usted y su esposo(a) tendrán aún que cumplir con los requisitos no financieros y de ingresos de *Medicaid*. Conserve este aviso juntos con otros avisos de *Medicaid* que usted reciba de *Medicaid*, cuando el residente ya sea elegible.

FIRMA – Trabajador		Fecha de la Firma
Nombre del Caso	Número del Caso	Agencia

## INFORMACION SOBRE AUDIENCIA IMPARCIAL DE MEDICAID/BADGERCARE MEDICAID/BADGERCARE FAIR HEARING INFORMATION

Si usted no está satisfecho con la decisión de *Medicaid / BadgerCare* usted puede apelar a la decisión por medio a la solicitud de una audiencia imparcial por escrito o en persona en su departamento local de servicios humanos o sociales de su condado o tribu. También puede escribir a:

The Department of Administration  
Division of Hearings and Appeals  
PO Box 7875  
Madison, WI 53707-7875  
(608) 266-3096 (voz)  
(608) 264-9853 (TTY)

Si requiere que se hagan arreglos para acomodar una discapacidad o una traducción de idioma, por favor llame al (608) 266-3096 (voz) o (608) 264-9853 (TTY). Estos números de teléfono son sólo para el proceso de audiencia administrativa.

Usted, su representante elegido (si lo hubiera), y el departamento local de servicios humanos o sociales de su condado o tribu recibirán una notificación por escrito por lo menos 10 días antes de la audiencia imparcial explicándole la hora, fecha y lugar de la audiencia. La audiencia se realizará en el condado donde usted vive.

Si presenta una apelación de una suspensión, terminación, o reducción de los beneficios antes de la fecha en que el cambio surta efecto, su cobertura puede seguir en espera de la decisión de la audiencia. La apelación debe incluir hechos importantes de la cuestión y su número de identificación de *Medicaid*.

Su solicitud debe ser recibida dentro de los 45 días de la acción que está apelando.

### PREPARACIÓN PARA UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Usted tiene derecho a presentar testigos, a su propio abogado, o algún otro asesor a la audiencia imparcial. La agencia no puede pagar a un abogado para representar su lado de la historia, pero pueden ayudarle a encontrar asistencia legal gratis para preguntas o representación en la audiencia imparcial.

Usted tiene el derecho, tanto antes de la audiencia y durante la audiencia, de ver los materiales escritos de la agencia sobre el caso, incluyendo su expediente, en los que la agencia basó su decisión.

Usted o su representante tiene el derecho a interrogar a cualquier persona que testifique en contra suya en la audiencia imparcial. Usted también tiene el derecho a sus propios argumentos y aportar material escrito que muestre por qué usted piensa que tiene la razón.

Si la audiencia imparcial se trata sobre si está o no incapacitado o discapacitado, usted tiene el derecho de presentar evidencia médica como prueba, pagada por la agencia.

Si usted no habla Inglés o requiere el lenguaje en señas, usted tiene el derecho a tener un intérprete presente en la audiencia. La División de Audiencias y Apelaciones (*Division of Hearings and Appeals*) podrá autorizar el pago necesario para la traducción o interpretación si usted así lo pide.

### CONTINUACIÓN DE LOS BENEFICIOS

Si usted pide una audiencia imparcial antes de la fecha efectiva de la acción de la agencia de sus beneficios de *Medicaid* no será reducido o terminado hasta después de conocidos los resultados de la audiencia imparcial. Usted aún tiene la obligación de informar cualquier cambio en sus circunstancias, mientras se esté a la espera de

su audiencia la cual puede afectar el nivel de sus beneficios. Pedir una audiencia imparcial no cancelará entrevista de períodos normalmente programadas.

## **EFFECTOS DE LA AUDIENCIA IMPARCIAL**

Si la decisión de la audiencia es a su favor:

- No se tomarán medidas en su contra por parte de la agencia.
- Si los beneficios han sido suspendidos, serán reintegrados.
- La fecha de reintegro será incluida en la copia de la decisión que usted reciba, ordenándole a la agencia el reintegro de sus beneficios.

Si la decisión de la audiencia es en su contra:

- La acción de la agencia se mantendrá en pie y puede que tenga que pagar el costo de los beneficios que usted recibió que no debería haber recibido.

## **REAUDIENCIAS**

Después de haber recibido la decisión de la audiencia imparcial, usted tiene derecho a solicitar una reaudiencia si:

- Usted tiene nuevas evidencias importantes las cuales usted no pudo tener disponibles antes de la audiencia, aún cuando usted trató, que pudieran cambiar la decisión,
- Siente que hay un error en los hechos de la decisión.
- Siente que hay un error en la base jurídica de la decisión.

Si desea una reaudiencia, una solicitud por escrita debe ser recibida dentro de los 20 días a partir de la fecha de la decisión por escrita a la División de Audiencias y Apelaciones (*Division of Hearings and Appeals*). La oficina de audiencia del estado decidirá en un plazo de 30 días si se justifica una reaudiencia.

## **APELACION A LA DECISION DE UNA AUDIENCIA O REAUDIENCIA**

Si no está de acuerdo con la decisión de la audiencia imparcial o de la reaudiencia, todavía es posible apelar en el Tribunal del Distrito de su condado. Esto debe hacerse dentro de los 30 días después de haber recibido la decisión por escrito de la audiencia imparcial o en los 30 días siguientes a la denegación de la solicitud de la reaudiencia. Una apelación ante el Tribunal Superior debe completarse mediante la presentación de una petición al Secretario de los Tribunales en su condado. Es mejor contar con asistencia jurídica, si decide apelar la decisión de una audiencia imparcial en el Tribunal Superior.