

**NOTIFICACIÓN NEGATIVA  
NEGATIVE NOTICE**

Solicitante / Nombre del Miembro (Apellido, Nombre, Inicial)	Número del Caso	Fecha
Dirección (Ciudad, Estado, Código Postal)		

**Vea la sección Explicación de la Acción para más detalles.**

**Child Care Assistance**

- Su solicitud para *Child Care Assistance* ha sido negada.
- Su *Child Care Assistance* terminará el \_\_\_\_\_.
- Su solicitud para *Child Care Assistance* ha sido cancelada debido a que usted retiró la solicitud.
- Nosotros no hemos tomado una decisión sobre su solicitud para *Child Care Assistance* porque \_\_\_\_\_.

**FoodShare Wisconsin**

- Su solicitud para *FoodShare* ha sido negada.
- Sus beneficios mensuales de *FoodShare* serán reducidos de \$ \_\_\_\_\_ a \$ \_\_\_\_\_ a partir del \_\_\_\_\_.
- Sus beneficios de *FoodShare* terminarán el \_\_\_\_\_.
- \_\_\_\_\_ (miembro) no recibirá más los beneficios de *FoodShare* a partir del \_\_\_\_\_.
- Su solicitud para los beneficios de *FoodShare* ha sido cancelada debido a que usted retiró la solicitud.
- Nosotros no hemos tomado una decisión sobre su solicitud para *FoodShare* porque \_\_\_\_\_.

**Medicaid/ BadgerCare Plus**

- Su solicitud para *Medicaid/BadgerCare Plus* para los meses de \_\_\_\_\_ ha sido negada porque \_\_\_\_\_.
- Sus beneficios de *Medicaid/BadgerCare Plus* terminarán el \_\_\_\_\_.
- Su solicitud para *Medicaid/BadgerCare Plus* ha sido negada porque su ingreso excede la cantidad máxima legal con \$ \_\_\_\_\_ por mes. Si usted incurre seis veces esta cantidad (\$ \_\_\_\_\_), en gastos médicos, es posible que usted pueda inscribirse. Comuníquese con su trabajador (a) para más detalles.
- La prima, responsabilidad del paciente o costo compartido para *Medicaid/BadgerCare Plus* ha incrementado a \$ \_\_\_\_\_ por mes, a partir del \_\_\_\_\_ porque \_\_\_\_\_.
- Su solicitud para *Medicaid/BadgerCare Plus* ha sido cancelada debido a que usted retiró la solicitud.
- Nosotros no hemos tomado una decisión sobre su solicitud de *Medicaid/Badger* porque \_\_\_\_\_.

**Continúa**

**NOTIFICACIÓN NEGATIVA**  
F-16001S (07/08)

**Wisconsin Works (W-2)**

- Su solicitud para los programas  *W-2*,  *Job Access Loan* o  *Emergency Assistance* ha sido negada (Marque sólo un programa).
- Sus beneficios de *W-2* terminarán en \_\_\_\_\_ porque \_\_\_\_\_.
- Su pago del *W-2* reducirá de \$ \_\_\_\_\_ a \$ \_\_\_\_\_ a partir del \_\_\_\_\_.
- Su solicitud para *W-2* ha sido cancelada debido a que usted retiró la solicitud.
- Nosotros no hemos tomado una decisión sobre su solicitud para el *W-2* porque \_\_\_\_\_.

**Otro**

- Su solicitud/revisión para \_\_\_\_\_ (programa) ha sido negada, a partir de \_\_\_\_\_.
- Su solicitud/revisión para \_\_\_\_\_ (programa) ha sido negada, a partir de \_\_\_\_\_.

**Comentarios Adicionales/ Explicación de las Acciones.** Por favor incluya los ingresos y gastos usados en la determinación de elegibilidad. (Para casos de *Medicaid* y *BadgerCare Plus* cite la autoridad legal para esta acción.)

---

---

Si usted no está de acuerdo con la decisión sobre sus beneficios de *Medicaid/BadgerCare Plus*, *FoodShare* o *Child Care Assistance*, puede pedir una audiencia imparcial. **Por favor vea la información adjunta acerca de audiencias imparciales.**

Si usted no está de acuerdo con la decisión de *W-2*, puede solicitar una revisión de los hechos (*Fact Finding Review*). Usted debe solicitar la revisión dentro los 45 días a partir de la fecha de esta notificación, o dentro de los 45 días a partir de la fecha en efecto de la decisión anunciada en esta notificación, cualquiera de las dos que ocurra más tarde.

**Si tiene preguntas, favor de comunicarse con:**

La agencia *W-2* del condado/tribu