Información sobre su inscripción y beneficios

Cómo informar fraude

Para informar fraude de asistencia pública llame al 877-865-3432 (número gratuito) o visite reportfraud.wisconsin.gov. Puede permanecer en el anonimato.

Cómo obtener este documento traducido o en otro formato

Si tiene una discapacidad y necesita esta información en un formato diferente, necesita que se traduzca a otro idioma o tiene alguna pregunta sobre sus derechos y responsabilidades, póngase en contacto con su agencia o llame al servicio de atención al miembro al 800-362-3002. Todos los servicios lingüísticos son gratuitos.

Cómo obtener información sobre la agencia que puede ayudarlo

Para obtener la dirección o el número de teléfono de su agencia, vaya a dhs.wi.gov/im-agency o llame al 800-362-3002.

Este manual contiene información sobre:

- Los programas de atención médica, de acuerdo con: Titles XI, XIX y XXI de la Social Security Act; Parts 430 a 481 del Title 42 del Code of Federal Regulations; Chapters 46 y 49 de los Wisconsin Statutes; y Chapters HA 3, DHS 2, 10 y 101 a 109 del Wisconsin Administrative Code.

- El programa FoodShare en conformidad con Chapter 15 of Title 44, United States Code, Federal Register Title 7 Subtitle B Chapter II Subchapter C.

- El programa Employment and Training de FoodShare en conformidad con el Chapter 15 of Title 44, United States Code, Federal Register Title 7 Subtitle B Chapter II Subchapter C; y al Chapter 49 de los Wisconsin Statutes.

- El programa Caretaker Supplement en conformidad con la Section 49.775 de los Wisconsin Statutes y el Chapter HA 3 de la Wisconsin Administrative Code.

ForwardHealth
Wisconsin serving you

Manual de inscripción y beneficios

Su conexión con la cobertura de atención médica y los beneficios nutricionales

Agosto 2025

Tabla de contenidos

INFORMACIÓN DE CONTACTO Y RECURSOS 1

SOBREPAGOS, FRAUDE Y VIOLACIONES INTENCIONALES AL PROGRAMA 4

Sobrepagos de FoodShare 4

Fraude contra FoodShare 4

Violación intencional al programa FoodShare 4

Fraude a la atención médica.....5

INFORMACIÓN GENERAL DEL PROGRAMA 6

¿Tiene preguntas? 6

Límites de ingresos y activos del programa 6

ForwardHealth 6

Ayuda nutricional 6

FoodShare Wisconsin 6

Atención médica 6

BadgerCare Plus 6

BadgerCare Plus Prenatal Plan 6

Planes para personas mayores, ciegas o discapacitadas 6

Planes con cobertura limitada 6

¿Quién se puede inscribir? 7

FoodShare de Wisconsin.....7

BadgerCare Plus 7

BadgerCare Plus Prenatal Plan 7

Wisconsin Medicaid for the Elderly, Blind or Disabled (EBD)7

Wisconsin Well Woman Medicaid 7

Ayuda de los demás 8

Tutor legal, apoderado o conservador.....8

Representante autorizado 8

AYUDA NUTRICIONAL 9

FoodShare de Wisconsin 9

Cómo solicitar.....9

Servicios prioritarios de FoodShare 9

Reemplazo de los alimentos destruidos en una catástrofe o un infortunio 9

Requisito de trabajo para adultos sanos sin dependientes de entre 18 y 54 años. 10

Reglas básicas de trabajo de FoodShare para solicitantes y miembros de 16 a 59 años.....11

Sanción de las reglas básicas de trabajo de FoodShare.....11

FoodShare Employment and Training (FSET) Program.....12

Cómo se calculan sus beneficios de FoodShare.....12

Ingresos del hogar.....12

Créditos de ingresos.....12

Otros créditos.....12

Ejemplos de cómo se calculan los ingresos y los créditos..13

Tarjeta QUEST de Wisconsin.....14

Cuando recibe sus beneficios.....15

Cómo gastar sus beneficios.....15

Compradores autorizados.....16

Saldo de su cuenta 16

Cómo seleccionar un número de identificación personal (PIN) 17

Guarde su PIN en un lugar seguro 17

Si se le olvida su PIN.....17

Problemas con su tarjeta QUEST.....18

Mensajes de error 18

Cómo cuidar su tarjeta QUEST 18

Si se le pierde o le roban su tarjeta.....18

Si se daña su tarjeta 18

Control del reemplazo excesivo de las tarjetas QUEST.....19

Cómo usar su tarjeta 19

Ajustes de la tienda.....20

Cómo devolver un artículo.....20

Si se muda 20

Guarde su tarjeta QUEST 20

Reglas y responsabilidades de FoodShare 20

Sobrepagos.....20

Revisión de control de calidad 21

Informar cambios 21

Informes de seis meses de FoodShare 21

Renovaciones 22

Tabla de contenidos

PLANES DE ATENCIÓN MÉDICA CON COBERTURA COMPLETA 23

BadgerCare Plus 23

Cómo solicitar 23

Fecha de inscripción 23

Reglas y límites de ingresos 23

Cómo se calculan los ingresos 24

Quién está incluido en su grupo 24

Excepciones: Ingresos 25

Tipos de ingresos que se cuentan 26

Deducciones y omisiones de ingresos 27

Ingresos no considerados (Income Disregards) 29

Medicaid for the Elderly, Blind, or Disabled 29

Cómo solicitar 29

Fecha de inscripción 30

Créditos de ingreso 30

Límites de ingresos y activos del programa 32

Activos 33

Medicaid relacionado con el SSI 33

Límite de activos 33

Prueba de ingresos 33

Límite de activos 34

Límite de ingresos 34

Primas y copagos del Medicaid Purchase Plan 35

Servicios de cuidado a largo plazo 35

Límites de activos 36

Prueba de ingresos 36

Institutional Medicaid 36

Exenciones basadas en el hogar y la comunidad para adultos (Home and Community-Based Waivers for Adults) 37

Servicios de apoyo de cuidado a largo plazo para niños (Long-Term Care Support Services for Children) 37

Family Care 38

Family Care Partnership 38

Protecciones contra el empobrecimiento del cónyuge 39

Desinversión (Divestment) 40

Tarjeta de ForwardHealth 41

PLANES DE ATENCIÓN MÉDICA CON COBERTURA LIMITADA 43

Family Planning Only Services 43

Medicare Savings Program 44

Qualified Medicare Beneficiary (QMB) 44

Specified Low-Income Medicare Beneficiary 44

Specified Low Income Medicare Beneficiary Plus 44

Qualified Disabled and Working Individuals 44

Cuando se iniciarán sus pagos 44

Cálculos del programa de ahorro de Medicare (Medicare Savings Program Calculations) 45

SeniorCare Prescription Drug Assistance Program 45

Niveles de cobertura 45

Tarjeta de SeniorCare 45

Tuberculosis-Related Medicaid 46

Emergency Services Plan 46

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA TODOS LOS PLANES DE ATENCIÓN MÉDICA 47

Planes con deducibles 47

Límites de los servicios de emergencia 47

Autorización previa de los servicios 48

Si recibe una factura 48

Inscripción en una HMO de BadgerCare Plus o Medicaid ... 48

Inscripción en una HMO 48

Beneficios de una HMO 49

Mejor acceso a la atención médica 49

Atención personalizada y coordinada 49

Mayor calidad 49

Salvaguardias de los miembros 49

Informe sus cambios 49

BadgerCare Plus y Medicaid 49

Family Planning Only Services 50

Wisconsin Well Woman Medicaid 50

Cómo informar cambios 50

Renovación de sus beneficios 50

Primas mensuales 51

Primas de BadgerCare Plus para niños 51
Niños a los que no se les cobra las primas de BadgerCare Plus 51
Pagos de primas de BadgerCare Plus para niños 52
Copagos 52
Otros seguros médicos 52
Acceso a seguro médico asequible patrocinado por el empleador 53
Solicitar BadgerCare Plus para personas embarazadas 53
Servicios prenatales de BadgerCare Plus ..**Error! Bookmark not defined.**
Reclamos por accidentes y lesiones 53
Documentos o verificación requerida para solicitar beneficios de FoodShare y atención médica 54
Atención médica para personas encarceladas 54
TRANSPORTE MÉDICO QUE NO ES DE EMERGENCIA 55
Reembolso por las millas (pago de gasolina) 55
Alojamiento y comida 55
Arreglos de transporte 55
SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN PARA LAS CITAS DE MEDICAID 57
OTROS PROGRAMAS 58
Caretaker Supplement 58
WIC (Women, Infants, and Children Program) 58
Job Center of Wisconsin 58
RECOPILACIÓN Y USO DE INFORMACIÓN 59
SUS DERECHOS 60
Audiencias imparciales 60
Conferencia previa a la audiencia .....**Error! Bookmark not defined.**
Audiencia imparcial 60
Cuando utilizar el proceso de audiencia imparcial 60
Cómo solicitar una audiencia imparcial 61
Preparación para una audiencia imparcial 61
Continuación de los beneficios 61
Efectos de la audiencia imparcial 62
Nueva audiencia (Rehearing) 62
Cómo apelar la decisión de una audiencia imparcial o de una nueva audiencia 62
Ayuda legal 62
Cartas sobre sus beneficios 62
NO DISCRIMINACIÓN 63
Aviso de no discriminación 63
Declaración de no discriminación del USDA 65
APÉNDICE A: LÍMITES DE INGRESOS DEL PROGRAMA 66
APÉNDICE B: SERVICIOS CUBIERTOS Y COPAGOS PARA LOS PROGRAMAS BADGERCARE PLUS Y MEDICAID 67
Servicios cubiertos y copagos 67
Límites de copago 67
Copagos mensuales basados en los ingresos 68
Programa de ahorro de Medicare (Medicare Savings Program) 68
Home and Community Based Waivers bajo los Grupos B y B Plus 69
Reclamaciones fuera del estado 69
Emergencias 69
No emergencias 69
Servicios no cubiertos por ningún plan 69
HealthCheck 69
Tabla de servicios cubiertos 71
Tabla de límites de copago para los programas BadgerCare Plus y Medicaid 74
APÉNDICE C: PRIMAS DE BADGERCARE PLUS PARA NIÑOS 75
APÉNDICE D: EJEMPLOS DE DOCUMENTOS 76

Información de contacto y recursos

Todos los solicitantes y miembros

Utilice el sitio web de ACCESS (access.wi.gov) para:

- Ver cuáles programas de salud, nutrición y otros programas de apoyo puede obtener.
- Solicitar BadgerCare Plus, Medicaid, Family Planning Only Services, FoodShare, Caretaker Supplement (si también se solicita ayuda médica o FoodShare),Wisconsin Shares Child Care, Wisconsin Works (W-2), Job Access Loan o Emergency Assistance.
- Verificar sus beneficios (por ejemplo, el plan de atención médica en el que está inscrito o el monto de sus beneficios de FoodShare).
- Verificar el estado de sus beneficios.
- Averiguar sobre las primas que le pueden cobrar y pagarlas en línea.
- Actualizar su información de contacto, incluida la dirección, el correo electrónico o el número de teléfono.
- Informar cambios en su información (por ejemplo, un cambio de trabajo o de atención médica).
- Renovar sus beneficios o ver cuándo vence su renovación para atención médica o FoodShare.
- Enviar un formulario de informe de seis meses de FoodShare y otros documentos.
- Reemplazar su tarjeta de ForwardHealth si se le pierde, se le daña o se la roban.
- Obtener una explicación de los beneficios médicos.
- Verificar en qué organización de mantenimiento de la salud (HMO) está inscrito.
- Eligir recibir sus cartas en línea en lugar de por correo regular.
- Elegir opciones de comunicación para mensajes de texto y correo electrónico.
- Consultar el saldo y la actividad de su cuenta de FoodShare.
- Solicitar la sustitución de las prestaciones FoodShare si los alimentos fueron destruidos.

Utilice la aplicación móvil de MyACCESS para:

- Ver los programas para los que ha solicitado o en los que está inscrito.
- Ver la información en su tarjeta digital de ForwardHealth o SeniorCare.
- Recibir recordatorios de las medidas que debe tomar o los documentos que debe que presentar.
- Enviar y hacer un seguimiento electrónico de los documentos.
- Ver su saldo de FoodShare, depósitos programados, transacciones e información del titular de la tarjeta EBT QUEST.
- Infórmese sobre las primas que le pueden cobrar y páguelas en línea.

Para descargar la aplicación, vaya a la App Store o Google Play Store y busque “MyACCESS Wisconsin.”

NOTA: Si tenemos su número de teléfono celular o dirección de correo electrónico en el archivo, el DHS puede utilizar mensajes de texto o correo electrónico para:

- Enviar actualizaciones importantes sobre sus beneficios
- Recordarle las próximas fechas de renovación
- Compartir información crítica y urgente

Nunca:

- Pediremos información personal, como su fecha de nacimiento o su número de Seguro Social.
- Pediremos información financiera, como su cuenta bancaria o el número de su tarjeta de crédito.
- Ofreceremos un premio o dinero por responder.

Seguirá recibiendo nuestras notificaciones por correo. Para obtener más información vaya a dhs.wi.gov/dms/e-comms.htm.

Póngase en contacto con su agencia local para:

- Preguntar sobre las reglas de incripción en BadgerCare Plus, Medicaid, Caretaker Supplement o FoodShare.
- Completar su entrevista de FoodShare.
- Averiguar si su solicitud fue aprobada o por qué fue rechazada.

- Averiguar por qué se redujeron o cancelaron sus beneficios.
- Averiguar sobre las primas que pueda deber y cómo pagarlas.
- Informar cambios en su información (por ejemplo, un cambio de dirección, de trabajo o de atención médica).
- Enviar documentos o verficación.

Para obtener la dirección y el número de teléfono de su agencia, llame al 800-362-3002 o visite dhs.wi.gov/im-agency.

Miembros de Medicaid y BadgerCare Plus

Llame al 800-362-3002 para:

- Preguntar sobre los servicios y los copagos cubiertos.
- Preguntar sobre su cobertura o su HMO.
- Encontrar a un proveedor.
- Reemplazar su tarjeta de ForwardHealth perdida, robada o dañada.

Miembros de FoodShare

Llame a la línea de servicio de la tarjeta QUEST al 877-415-5164 para:

- Obtener información general sobre su tarjeta QUEST.
- Informar que no recibió una tarjeta QUEST.
- Informar que se le perdió, le robaron o se le dañó su tarjeta QUEST.
- Obtener el saldo de su cuenta de FoodShare actual.

Otros sitios web o aplicaciones móviles pueden ofrecerle proporcionar su saldo de FoodShare y la actividad de su cuenta. Recomendamos utilizar el sitio web y la aplicación móvil de ebtEDGE o ACCESS y MyACCESS para ver su saldo de FoodShare y la actividad de su cuenta, ya que otros sitios web o aplicaciones móviles pueden presentar riesgos de seguridad.

Utilice el sitio web de ebtEDGE (ebtedge.com) para:

- Verificar su saldo actual de FoodShare.
- Ver actividad de FoodShare.
- Habilitar funciones de seguridad adicionales como el bloqueo de transacciones fuera del estado y por Internet.

Utilice la aplicación móvil de ebtEDGE para:

- Ver su saldo actual de FoodShare.
- Ver la actividad de FoodShare de los últimos 60 días, incluyendo información detallada sobre las compras recientes.
- Habilitar funciones de seguridad adicionales como el bloqueo de transacciones fuera del estado y por Internet.
- Encontrar tiendas cerca de usted que acepten la tarjeta QUEST.

Para descargar la aplicación, vaya al App Store o Google Play Store y busque "ebtEDGE."

Miembros de SeniorCare

Llame al servicio de atención al cliente de SeniorCare al 800-657-2038 para:

- Preguntar sobre el uso de su tarjeta de SeniorCare.
- Preguntar sobre su inscripción o nivel de inscripción en SeniorCare.
- Preguntar sobre los gastos directos de su bolsillo o copagos.
- Preguntar sobre los medicamentos cubiertos y las vacunas.
- Reemplazar una tarjeta de SeniorCare que se le perdió, se la robaron o se le daño.
- Informar que el nombre en su tarjeta es incorrecto.

Miembros que necesitan transporte médico no urgente

Póngase en contacto con Medical Transportation Management (MTM), Inc.al 866-907-1493 o al 711 (TTY) para programar o confirmar un arreglo de transporte, averiguar dónde está su transporte y pesentar una queja. También puede reservar y gestionar sus viajes en línea o mediante la aplicación móvil MTM Link. Obtenga más información en dhs.wi.gov/nemt/index.htm.

Miembros inscritos en una HMO

- Si necesita ayuda para inscribirse en una HMO, póngase en contacto con un especialista en inscripciones de la HMO llamando al 800-291-2002.
- Si tiene una queja o un problema con su HMO, póngase en contacto con un defensor de la HMO al 800-760-0001.
- Si necesita ayuda para conocer los beneficios, servicios y requisitos de su plan, póngase en contacto con su HMO y solicite hablar con un defensor de miembros.
- Para averiguar en qué HMO está inscrito, llame a servicios para miembros de ForwardHealth al 800-362-3002.
- Para comparar las HMO, buscar médicos y clínicas, o hacer y actualizar opciones de las HMO, visite access.wi.gov.

Envíe solicitudes, documentos o verificaciones o cambios por correo o fax

Si vive en el **condado de Milwaukee**, utilice lo siguiente:

Milwaukee Document Processing Unit (MDPU)
6055 N. 64th St.
Milwaukee, WI 53218

Fax: 414-438-4580 o al 888-409-1979

Si **no** vive en el condado de Milwaukee:

Central Document Processing Unit (CDPU)
PO Box 5234
Janesville, WI 53547-5234

Fax: 855-293-1822

Sobrepagos, fraude e infracciones intencionales al programa

NOTA: Todas las personas inscritas en cualquiera de los programas indicados en este manual son responsables de seguir **todas** las reglas del programa.

Fraude significa obtener beneficios o ayuda que sabe que no debería obtener o ayudar a alguien a obtener beneficios o ayuda que sabe que esa persona o su familia no debería obtener. Cualquier persona que cometa fraude para obtener ayuda médica o beneficios de FoodShare puede ser procesada. Si una agencia decide que una persona o su grupo familiar obtuvieron los beneficios de FoodShare por medio a fraude, requerirán que la persona(s) responsable(s) devuelva al estado esos beneficios, además de otras sanciones.

Para informar un fraude de asistencia pública a nivel **estatal**, llame al 877-865-3432 (llamada gratuita) o visite reportfraud.wisconsin.gov. Puede permanecer en el anonimato.

Para denunciar un fraude a nivel **federal**, llame al 800-424-9121 o visite usda.gov/oig/hotline.htm.

Sobrepagos de FoodShare

Los sobrepagos se producen cuando usted recibe beneficiosa que no debería haber recibido. Debe devolver los beneficios que recibió por error, aunque sea culpa de la agencia y no suya. Todos los adultos o menores emancipados que solicitaron FoodShare junto con usted o que deberían haber estado incluidos en el grupo de solicitud cuando se produjo el sobrepago son responsables de devolver los beneficios pagados en exceso. Si los miembros responsables se mudan, siguen siendo responsables del sobrepago. Cada persona es responsable del 100% del sobrepago hasta que lo reembolse en su totalidad. Si no puede reembolsar el sobrepago, póngase en contacto con su agencia local; es posible que puedan reducir la cantidad adeuda a una cantidad que pueda reembolsar en tres años. Un representante autorizado o alguien que cause un sobrepago o se dedique al tráfico de beneficios también puede ser considerado responsable de los sobrepagos.

Fraude contra FoodShare

Si alguna información que facilita es incorrecta, se le pueden negar los beneficios y ser sujeto a acciones penales por facilitar información falsa a sabiendas.

Usted y cualquier otra persona responsable deben reembolsar cualquier beneficio que haya utilizado indebidamente o recibido por error.

Si se presenta un reclamo de sobrepago de FoodShare contra su hogar, la información en su solicitud, incluidos todos los números de Seguro Social, puede remitirse a agencias federales y estatales, así como a agencias privadas de reclamos y cobro, para la acción de cobro de reclamos. Los sobrepagos de FoodShare están sujetos a los requisitos federales de cobro de deudas.

Violación intencional al programa FoodShare

El fraude o las infracciones intencionadas al programa por parte de una persona de su hogar o de cualquier persona designada relacionada con el hogar pueden dar lugar a su descalificación de FoodShare. Esto significa que la persona no podrá recibir beneficios de FoodShare:

- Durante un año después de la primera violación.
- Durante dos años después de la segunda violación.
- De forma permanente después de la tercera violación.

Cualquier miembro del hogar, o cualquier persona designada relacionada con la unidad familiar, que infrinja intencionadamente cualquiera de las siguientes reglas puede ser excluido del programa FoodShare por el tiempo especificado anteriormente:

- Negociar, vender, comprar o alterar los beneficios de FoodShare, incluyendo el intento de comercializar, vender, comprar o alterar los beneficios de FoodShare en línea o en persona.
- Permitir que otra persona use sus beneficios de FoodShare para comprar alimentos que no sean para su hogar.

- Devolver los artículos que compró con los beneficios de FoodShare a cambio de efectivo o tarjetas de regalo.
- Utilizar los beneficios de FoodShare para comprar o comercializar artículos de FoodShare que no cumplen con los requisitos, como alcohol, tabaco o alquiler.
- Utilizar los beneficios de FoodShare, la tarjeta de identificación u otra documentación de otra persona.
- Proporcionar información o verificación falsa.

Algunos ejemplos de fraude o violación intencional al programa se muestran a continuación:

1. Un hogar con una sola persona recibe beneficios de FoodShare. Este miembro de FoodShare se entera de que va a ir a la cárcel durante el mes, así que le da su tarjeta QUEST a un amigo. El amigo hará la compra mientras el miembro de FoodShare está en la cárcel.
2. Un miembro de FoodShare va a la tienda y compra un pavo con sus beneficios de FoodShare. Al día siguiente, devuelve el pavo, dice que no tiene el recibo y no le dice a la tienda que lo compró con su tarjeta QUEST. La tienda le da una tarjeta de regalo y el miembro compra alcohol con ella.
3. Un miembro de FoodShare ya ha gastado sus beneficios del mes. Tiene un amigo que también recibe beneficios de FoodShare. Le ofrece a su amigo dinero a cambio de sus beneficios de FoodShare. Ambos miembros se ponen de acuerdo para hacer la compra con la tarjeta QUEST del amigo.
4. Una persona llena una solicitud para los beneficios de FoodShare y debe proporcionar prueba de sus ingresos de trabajo. La persona proporciona información falsa a la agencia, declarando que ganaba menos dinero del que realmente ganaba, con el fin de obtener más beneficios de FoodShare.

Dependiendo del valor de los beneficios que se utilicen indebidamente, la persona puede recibir una multa de hasta $250,000 o ser encarcelada por hasta 20 años.

A veces hay sanciones mayores, incluso por una primera violación intencionada del programa:

- Si se le acusa de un delito, el tribunal también puede prohibirle el acceso al programa FoodShare durante 18 meses más.
- Si se le declara culpable de traficar beneficios de $500 o más, nunca más se le permitirá obtener FoodShare nuevamente.
- Si intercambia beneficios de FoodShare por una sustancia controlada como drogas o alcohol, no se le permitirá obtener FoodShare durante 24 meses. Si hace esto por segunda vez, nunca más se le permitirá obtener FoodShare nuevamente.
- Si comercializa los beneficios de FoodShare por armas, municiones o explosivos, nunca se le permitirá que obtenga FoodShare de nuevo.
- No podrá obtener beneficios durante 10 años si hace una declaración falsa sobre su identidad o el lugar de residencia con el fin de obtener múltiples beneficios al mismo tiempo.
- Si es un felón que huye de la ley o viola su libertad condicional o bajo palabra, no puede obtener los beneficios de FoodShare. También puede estar sujeto a un enjuiciamiento adicional en virtud de otras leyes federales aplicables.

Fraude a la atención médica

Puede recibir una multa por hasta $25,000 por cometer fraude, si:

- Proporciona intencionalmente información falsa o incompleta en su solicitud de beneficios de atención médica.
- Proporciona intencionalmente información falsa o incompleta mientras está inscrito en la cobertura de atención médica.
- Utiliza la tarjeta ForwardHealth de otra persona para recibir los servicios de atención médica o medicamentos recetados para sí mismo.
- Permite que otra persona use su tarjeta de ForwardHealth para obtener servicios de atención médica o medicamentos.

Información general del programa

¿Tiene preguntas?

Si tiene una pregunta, por favor lea este manual para ver si su pregunta es contestada. Si no puede encontrar la respuesta a su pregunta, comuníquese con su agencia o con la línea de servicios para miembros al 800-362-3002.

Debe guardar este manual por un año o hasta que obtenga uno nuevo. Recibirá un manual nuevo una vez al año. Si está inscrito en más de un programa (por ejemplo, BadgerCare Plus y FoodShare), puede que obtenga una copia de este manual para cada programa.

Límites de ingresos y activos del programa

Algunos límites de ingresos y activos se basan en las pautas federales del nivel de pobreza y las reglas del programa.

Los límites indicados en este manual se basan en las pautas federales del 1 octubre de 2024 (FoodShare) y el 1 de febrero de 2025 (atención médica), que pueden cambiar cada año. Para los límites de ingresos, consulte el Apéndice A: Límites de ingresos del programa También puede obtener los límites de ingresos en línea en dhs.wi.gov/forwardhealth/resources.htm o llamar a servicios para miembros al 800-362-3002. Para los límites de activos, consulte cada sección del programa.

ForwardHealth

ForwardHealth es el término general para todos los programas de beneficios de atención médica y ayuda nutricional que se ofrecen a través del Department of Health Services de Wisconsin. Los siguientes programas de ForwardHealth están disponibles para aquellos que cumplen con las reglas del programa.

Ayuda nutricional

FoodShare Wisconsin

(También conocido como el Supplemental Nutrition Assistance Program o SNAP. Anteriormente cupones de alimentos o food stamps).

Ayuda para comprar los alimentos que necesita para una buena salud.

Atención médica

BadgerCare Plus

Atención médica para niños, personas embarazadas y adultos (con o sin hijos a cargo).

BadgerCare Plus Prenatal Plan

Atención médica para personas embarazadas que no pueden obtener BadgerCare Plus debido a su estatus migratorio o porque están encarceladas en una institución pública.

Planes para personas mayores, ciegas o discapacitadas

Atención médica para personas mayores de 65 años, ciegas o han sido determinado ser discapacitadas. Las personas califican para uno o más de los siguientes planes según su edad, ingresos, activos y tipo de atención que necesiten:

- Supplemental Security Income (SSI)-Related Medicaid
- Medicaid Purchase Plan
- Wisconsin Well Woman Medicaid
- Katie Beckett Medicaid
- Long-Term Care
  - Children's Long-Term Support Waiver Program
  - Family Care
  - Family Care Partnership
  - PACE (Program of All Inclusive Care for the Elderly)
  - IRIS (Include, Respect, I Self-Direct)
  - Institutional Medicaid (hospital, hogares de ancianos, instituciones para enfermedades mentales)

Planes con cobertura limitada

Los siguientes planes brindan cobertura limitada o ayuda financiera:

- Family Planning Only Services
- Emergency Services
- SeniorCare Prescription Drug Assistance
- Tuberculosis-Related Medicaid
- Programa de ahorro de Medicare (Medicare Savings Program)

¿Quién se puede inscribir?

FoodShare de Wisconsin

Cualquier persona puede solicitar FoodShare. Puede inscribirse si cumple **todos** los requisitos siguientes:

- Sus ingresos del hogar son iguales o inferiores al límite de ingresos mensuales del programa (consulte el Apéndice A: Límites de ingresos del programa).
- Vive en Wisconsin.
- Es un ciudadano estadounidense o inmigrante calificado.

BadgerCare Plus

Puede inscribirse en Badgercare Plus si cumple **todos** los requisitos siguientes:

- Es uno de los siguientes:
  - Un hijo menor de18 años con ingresos iguales o inferiores al 306% del nivel federal de pobreza.
  - Un adulto con ingresos iguales o inferiores al 100% del nivel federal de pobreza.
  - Una persona embarazada con ingresos iguales o inferiores al 306% del nivel federal de pobreza.
  - Un joven adulto, menor de 26 años, y que estuvo en un hogar de crianza temporal (foster home), cuidado familiar (Kinship Care) o tutela subvencionada cuando cumplió los 18 años, independientemente de sus ingresos.
- Es un residente de Wisconsin.
- Es ciudadano estadounidense o inmigrante calificado.

Si no es un ciudadano estadounidense o inmigrante calificado, es posible que pueda obtener ayuda a través de los planes de servicios de emergencia o BadgerCare Plus Prenatal Plan.

BadgerCare Plus Prenatal Plan

Las personas embarazadas que no pueden obtener BadgerCare Plus debido a su estado migratorio o porque están encarceladas en una institución pública pueden inscribirse en el BadgerCare Plus Prenatal Plan. A pesar de que la inscripción en este plan se basa en el embarazo, puede obtener todos los servicios cubiertos por BadgerCare Plus mientras está inscrito.

Wisconsin Medicaid for the Elderly, Blind or Disabled (EBD)

Puede inscribirse si cumple **todos** los requisitos siguientes:

- Es un residente de Wisconsin.
- Tiene 65 años o más, está ciego o discapacitado.
- Sus ingresos y activos son iguales o inferiores al límite de ingresos mensuales del programa (consulte el Apéndice A: Límites de ingresos del programa). Algunos programas analizan los ingresos y activos de su hogar, y otros sólo analizan sus propios ingresos y activos.
- Es un ciudadano de estadounidense o un inmigrante calificado.

Wisconsin Well Woman Medicaid

El Wisconsin Well Woman Medicaid es un plan de atención médica con beneficios completos. Las personas inscritas en este plan no se incribirán en una HMO.

La inscripción está limitada a las personas que han sido diagnosticadas cáncer de mama o de cuello uterino o determinadas afecciones precancerosas de mama o cuello uterino y necesiten tratamiento para ello.

Debe estar inscrito en **uno** de estos programas antes de poder inscribirse inicialmente en el Wisconsin Well Woman Medicaid:

- Wisconsin Well Woman Program a través de una agencia coordinadora local del Well Woman Program
- Family Planning Only Services
- BadgerCare Plus

Puede inscribirse en el Wisconsin Well Woman Medicaid si cumple **todos** los requisitos siguientes:

- Tiene menos de 65 años.
- Es un ciudadano estadounidense o inmigrante calificado.
- Es un residente de Wisconsin.
- Tiene un diagnóstico de cáncer de mama o cervical, o afección precancerosa de la mama o el cuello uterino.
- Necesita tratamiento para el cáncer de mama o cervical, o condición precancerosa del cuello uterino, identificados por un proveedor aprobado para dar diagnósticos del programa de Wisconsin Well Woman Medicaid, Family Planning Only o BadgerCare Plus.

- No está cubierta por un seguro médico público o privado para el tratamiento de su cáncer de mama o cervical o afección precancerosa de la mama o el cuello uterino.

NOTA: Consulte la sección Planes de atención médica con cobertura limitada para obtener información sobre quién se puede inscribir en los planes de beneficios limitados.

Ayuda de los demás

Ciertas personas y organizaciones pueden ayudarlo con su elegibilidad y/o beneficios para los programas que está solicitando o en los que está inscrito. Esto incluye tutores legales, agentes con poder notarial, curadores y representantes autorizados.

Tutor legal, apoderado o conservador

Un tutor legal del patrimonio, tutor legal de la persona y del patrimonio, agente con poder notarial activado para las finanzas o curador es una persona designada para actuar en nombre de otra persona que no puede cuidar de sí misma.

Un tutor legal del patrimonio, el tutor legal de la persona y del patrimonio, el agente con poder notarial activado para las finanzas y el curador pueden actuar en su nombre en **todos** los asuntos relacionados con su elegibilidad y beneficios.

Un tutor legal de la persona puede actuar en su nombre en todos los asuntos relacionados con su elegibilidad sólo si este poder se otorga en los documentos judiciales que designan al tutor legal de la persona.

Su tutor legal, curador o agente con poder notarial debe enviar copias de los documentos que confirman su nombramiento a su agencia. Su tutor legal, curador o agente con poder notarial no puede actuar en su nombre hasta que su agencia tenga esos documentos.

Representante autorizado

Un representante autorizado es una persona u organización familiarizada con las circunstancias de su hogar en la que usted confía para que actúe en su nombre.

Un representante autorizado puede hacer todo o parte de lo siguiente en su nombre:

- Solicitar o renovar beneficios.
- Informar cambios en su información.
- Trabajar con su agencia en cualquier asunto relacionado con sus beneficios.
- Proporcionar firmas para solicitudes, formularios de Informe de seis meses o renovaciones.
- Solicite una tarjeta QUEST temporal.
- Presentar quejas y apelaciones sobre su elegibilidad para los programas que está solicitando o en los que está inscrito.

Si solicita o se inscribe en un **programa de atención médica** (por ejemplo, Medicaid de Wisconsin, BadgerCare Plus o Family Planning Only Services), también puede elegir que su representante autorizado haga todo lo siguiente:

- Obtener su tarjeta de ForwardHealth en lugar de usted.
- Inscribirlo en una HMO.
- Hablar con un representante de servicios para miembros o con su HMO sobre una factura, servicio u otra información médica, incluida la información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés).
- Presentar quejas y apelaciones sobre sus servicios de atención médica (por ejemplo, tratamiento y facturas).

Esta es **solo** una opción si su representante autorizado es una **persona,** no una organización.

Puede nombrar a un representante autorizado para Medicaid de Wisconsin, BadgerCare Plus, FoodShare, Family Planning Only Services, y Caretaker Supplement a través de:

- ACCESS cuando solicite por primera vez.
- Uno de los formularios en papel:
  - Nombrar, cambiar o retirar a un representante autorizado: Formulario para una persona, F-10126A, si su representante autorizado es una **persona**.
  - Nombrar, cambiar o retirar a un representante autorizado: formulario para una organización, F-10126B, si su representante autorizado es una **organización**. Puede obtener los formularios de papel en dhs.wi.gov/library/F-10126.htm.
- HealthCare.gov; cuando presenta su solicitud y su solicitud se transfiere a Medicaid o BadgerCare Plus.

Ayuda nutricional

FoodShare de Wisconsin

Cómo solicitar

Puede solicitar en línea en access.wi.gov, por teléfono, por correo, por fax o en persona. Puede obtener la solicitud en línea en dhs.wi.gov/library/collection/F-16019 o a través de su agencia.

Cuando presente su solicitud, solo deberá proporcionar su **nombre**, **dirección**, **firma y fecha** para fijar la fecha de presentación (la fecha en que pueden comenzar a recibir sus beneficios). Su solicitud puede ser aprobada más rápidamente si presenta documentos que verifiquen su información junto con su solicitud (consulte el Apéndice D: Ejemplos de documentos).

Envíe la solicitud llena y firmada junto con todos los documentos a:

Si vive en el **condado de Milwaukee**:

MDPU
6055 N. 64th St.
Milwaukee, WI 53218

Fax: 888-409-1979

Si **no** vive en el condado de Milwaukee:

CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547-5234

Fax: 855-293-1822

Todas las personas que soliciten FoodShare deben tener una entrevista. La entrevista se realizará por teléfono, a menos que desee tener su entrevista en persona en su agencia local. Para concertar una entrevista en persona, deberá llamar a su agencia local y concertar una cita.

Se le notificará el estatus de su solicitud por escrito dentro de 30 días a partir de la fecha en que la agencia local reciba su solicitud, a menos que califique para los servicios prioritarios de FoodShare.

Servicios prioritarios de FoodShare

Es posible que pueda obtener FoodShare en un plazo de siete días a partir de la fecha en que llene y envíe su solicitud o formulario de inscripción si la agencia puede confirmar su identidad y cualquiera de las siguientes condiciones es cierta:

- Su hogar tiene $100 o menos disponibles en efectivo o en el banco y espera recibir menos de $150 dólares en ingresos este mes.
- Su hogar tiene un costo de alquiler o hipoteca o servicios públicos superan sus ingresos brutos mensuales (disponibles en efectivo o en cuentas bancarias para este mes).
- Su hogar incluye a un trabajador agrícola migrante o estacional cuyos ingresos han cesado.

Si es aprobado para el servicio prioritario, se le ofrecerá la oportunidad de ingresar a la agencia para recibir una tarjeta QUEST temporal lista para usar con sus beneficios el mismo día en que se apruebe o el siguiente día hábil. Obtener esta tarjeta QUEST temporal significa que no tendrá que esperar para comenzar a gastar sus beneficios hasta que llegue una tarjeta permanente por correo.

Reemplazo de los alimentos destruidos en una catástrofe o un infortunio

Los alimentos que se compran con los beneficios de FoodShare pueden reponerse si se destruyen en una catástrofe o desgracia doméstica. La cantidad de beneficios que su agencia puede reponer es la cantidad real de los alimentos que se destruyeron, pero no más que la cantidad mensual de beneficios que su hogar recibió ese mes.

Puede solicitar el reemplazo de los beneficios de alimentos en ACCESS, llamando a su agencia o enviando la solicitud de reemplazo de beneficios de FoodShare o EBT de verano, F-00330. Puede obtener el formulario impreso en dhs.wi.gov/library/collection/f-00330.

Debe notificar la pérdida de alimentos en un plazo de 10 días. Dispone de 10 días adicionales a partir de la fecha en que informó la pérdida de alimentos para presentar un

formulario cumplimentado o enviar su solicitud llena en línea o por teléfono.

Requisito de trabajo para adultos sanos sin dependientes de 18 a 54 años.

Algunos adultos de 18 a 54 años que no tengan hijos menores de 18 años viviendo en el hogar podrían necesitar cumplir con un requisito laboral para recibir más de tres meses de beneficios de FoodShare en un período de tres años.

Los adultos que tengan que cumplir con este requisito laboral deberán hacerlo cada mes. Puede obtener Foodshare por tres meses en total dentro de un período de tres años sin cumplir con el requisito de trabajo ni estar exento. Esto se llama límite de tiempo de FoodShare y estos tres meses de beneficios de FoodShare se conocen como beneficios por tiempo limitado. El actual período de tres años comenzó el 1 de enero de 2025, y finalizará el 31 de diciembre de 2027. El requisito de trabajo de FoodShare es diferente de las reglas básicas de trabajo de FoodShare (consulte las Reglas básicas de trabajo de FoodShare para solicitantes y miembros de 16 a 59 años).

Hay tres maneras de cumplir con el requisito de trabajo:

1. Trabajar por lo menos 80 horas al mes a través de uno de los siguientes:
   - Empleo
   - Trabajo por cuenta propia
   - Voluntariado o servicio comunitario
   - Obtener bienes o servicios a cambio de trabajo
   - Una combinación de lo anterior
2. Participar en un programa de trabajo permisible por lo menos 80 horas al mes, como:
   - FoodShare Employment and Training (FSET)
   - Wisconsin Works (W-2)
   - Ciertos programas bajo la Workforce Innovation and Opportunity Act (WIOA)
3. Ambas cosas trabajar y participar en un programa de trabajo permisible por un total combinado de al menos 80 horas al mes.

Recibirá información sobre el programa FoodShare Employment and Training (FSET) si está inscrito en FoodShare. Consulte el programa FoodShare Employment and Training (FSET) para obtener más información sobre los beneficios de la participación en el FSET.

Es posible que se le considere exento y no tenga que cumplir el requisito de trabajo si se da **alguno** de los siguientes casos:

- En su hogar reside un niño menor de 18 años que es parte del mismo grupo familiar de FoodShare.
- Está física o mentalmente incapacitado para trabajar.
- No tiene donde vivir. Esto incluye a las personas en una situación de alojamiento temporal, como viviendas de transición y refugios, o que se alojan temporalmente (hasta 90 días) en la residencia de otra persona.
- Está embarazada.
- Tiene entre 18 y 24 años y estaba en cuidado de crianza temporal, tutela subsidiada o cuidado por parientes ordenado por un tribunal cuando cumplió 18 años.
- Es un veterano. Un veterano es una persona que sirvió en las United States Armed Forces (incluido el Army, Marine Corps, Navy, Air Force, Space Force, Coast Guard, National Guard, and Armed Forces Reserve) y fue dado de baja o liberado bajo cualquier condición.
- Está exento de las normas básicas de trabajo de FoodShare. Esto se aplica si:
  - Es el cuidador principal de un hijo a cargo menor de 6 años (tanto si el niño vive en el hogar como fuera del hogar).
  - Es el cuidador principal de una persona que no puede cuidar de sí misma (ya sea que la persona viva en el hogar o fuera del hogar).
  - Recibe o solicitó seguro de desempleo.
  - Participa en un programa de tratamiento o rehabilitación de abuso de alcohol u otras sustancias.
  - Está inscrito en una escuela, capacitación, programa o institución de enseñanza superior al menos a medio tiempo.
  - Tiene 18 años o más y asiste a la escuela secundaria por lo menos medio tiempo.
  - Está inscrito en el W-2 y cumple con los requisitos del W-2.
  - Trabaja 30 horas o más por semana o gana un salario equivalente a 30 horas o más por semana con salario mínimo federal.

Como recordatorio, si necesita cumplir con el requisito de trabajo de FoodShare, sólo puede obtener tres meses de beneficios de FoodShare en un período de tres años, a menos que cumpla con el

requisito de trabajo o tenga una exención. Si vive en un área del estado o en tierras tribales o en una reserva con una tasa de desempleo superior al promedio nacional, su límite de tiempo está suspendido. Para obtener una lista de las áreas actuales y tierras o reservas tribales incluidas, visite dhs.wi.gov/foodshare/infonotice.htm.

Reglas básicas de trabajo de FoodShare para solicitantes y miembros de 16 a 59 años

Todos los solicitantes y miembros de FoodShare de 16 a 59 años deben seguir las reglas básicas de trabajo de FoodShare y registrarse para trabajar a menos que se consideren exentos. Se le registrará para trabajar en el momento en que se determine que reúne los requisitos de FoodShare a menos que cumpla con una exención.

Usted cumple con una exención de las reglas básicas de trabajo si cumple **cualquiera** de los siguientes requisitos:

- Tiene 16 o 17 años y no es la persona principal en el grupo de FoodShare.
- Tiene 16 o 17 años, es la persona principal en el grupo de FoodShare y está matriculado en la escuela o un programa de empleo y capacitación por lo menos medio tiempo.
- Se considera que no es apto para el trabajo. Esto se aplica si:
  - Recibe beneficios del gobierno o fuente privada debido a una discapacidad temporal o permanente.
  - Su agencia determina que está mental o físicamente incapacitado para trabajar.
  - Se verificó que usted no puede trabajar por medio a la declaración de un profesional o trabajador social.
- Está inscrito en el W-2 y cumple con los requisitos de trabajo del programa W-2.
- Es el cuidador principal de un niño dependiente menor de 6 años (ya sea que el niño viva en el hogar o fuera del hogar). Sin embargo, si usted y otra persona tienen control parental sobre el niño, sólo uno de ustedes puede estar exento de las reglas básicas de trabajo de FoodShare como cuidador principal de ese niño.
- Es el cuidador principal de una persona que no puede cuidar de sí misma (ya sea que la persona viva en el hogar o fuera del hogar). Sin embargo, si usted y otra persona cuidan a la misma persona, solo uno de ustedes puede estar exento de las reglas básicas de trabajo de FoodShare como cuidador principal de esa persona.
- Ha solicitado o recibe compensación por desempleo.
- Participa regularmente en un programa de tratamiento o rehabilitación de abuso de alcohol u otras drogas (AODA).
- Trabaja 30 horas o más por semana o gana un salario igual a 30 horas o más por semana con salario mínimo federal.
- Está inscrito al menos medio tiempo en una escuela, programa de formación o institución de educación superior reconocida.

Es posible que deba proporcionar documentos a su agencia si cumple con una de estas exenciones.

NOTA: Aunque se requiere registrarse para trabajar como parte de las reglas básicas de trabajo de FoodShare, participar en un programa de trabajo es voluntario.

Sanción de las reglas básicas de trabajo de FoodShare

Si no cumple con las reglas básicas de trabajo de FoodShare ni cumple con una exención, no podrá obtener los beneficios de FoodShare por un período de sanción específico. Esto incluye si, voluntariamente y sin causa justificada, usted hace cualquiera de lo siguiente:

- Rechaza una oferta de trabajo que sea adecuada.
- Deja un trabajo de 30 horas o más por semana (o un trabajo con ganancias equivalentes a 30 horas o más por semana con salario mínimo federal).
- Reduce sus horas de trabajo a menos de 30 horas por semana (o sus ingresos a menos de 30 veces el salario mínimo federal).
- Participa en el W-2 pero no cumple con los requisitos de trabajo del programa W-2.
- Solicita o recibe beneficios por desempleo, pero no cumple con los requisitos de trabajo del programa de compensación por desempleo.

Si, durante el período de sanción, se muda a otro grupo familiar de FoodShare, el resto de su período de sanción se transferirá con usted a ese grupo familiar. La duración de un período de sanción es:

- Primera sanción: un mes

- Segunda sanción: tres meses
- Tercera o sanción subsiguiente: seis meses

Puede finalizar un período de sanción antes de tiempo si queda exento de las reglas básicas de trabajo de FoodShare.

Necesitará volver a solicitar FoodShare si desea obtener beneficios después de que se termine el período de sanción. Si es parte de un grupo de FoodShare, necesitará dejarle saber a su trabajador para que actualice su caso en lugar de tener que volver a solicitar.

FoodShare Employment and Training (FSET) Program

El FSET ofrece a los miembros de FoodShare servicios gratis para desarrollar habilidades de trabajo y encontrar empleo. Si necesita ayuda para encontrar un trabajo, necesita reunir los requisitos de trabajo o si está actualmente empleado y desea expandir sus habilidades, el FSET podría ayudarlo.

FSET puede ayudar con:

- Búsqueda de empleo y recomendaciones laborales
- Evaluación de habilidades laborales
- Planificación profesional
- Capacitación y educación laboral
- Experiencia laboral
- Transporte, cuidado infantil y otros costos relacionados con el trabajo
- Recomendaciones a otros servicios comunitarios
- Cumplimiento del requisito de trabajo de FoodShare para adultos sanos sin dependientes de entre 18 y 54 años

Pregúntele a su agencia sobre los servicios del FSET disponibles en su área. Ciertos adultos pueden optar por participar en el programa FSET para cumplir con el requisito de trabajo de FoodShare.

Cómo se calculan sus beneficios de FoodShare

Los beneficios de FoodShare están basados en una escala móvil. Para calcular el monto de sus beneficios, su agencia local considerará el número de personas que viven en su hogar, así como también los ingresos del hogar menos los créditos de ingresos y otros créditos para los que reúne los requisitos.

Ingresos del hogar

Se cuentan la mayoría de los tipos de ingresos. Después de sumar todos los ingresos contados de su hogar para obtener su ingreso bruto, le daremos crédito por algunas de las facturas que paga.

Créditos de ingresos

Ciertos créditos para vivienda, cuidado de dependientes y manutención infantil se deducen de su ingreso bruto mensual para determinar su ingreso mensual neto. Los créditos también se conocen como deducciones. La cantidad de beneficios de FoodShare se basa en la cantidad de personas que viven en su hogar y sus ingresos netos mensuales (consulte el Apéndice A: Límites de ingresos del programa).

Otros créditos

En el caso de FoodShare, si informa y verifica ciertos gastos con su agencia, puede obtener hasta seis créditos. Su agencia restará estos créditos de sus ingresos brutos mensuales para obtener sus ingresos netos. Es posible que algunos hogares no obtengan un crédito por ciertos gastos, y no todos los créditos serán la cantidad real declarada y verificada.

Su hogar puede obtener los créditos siguientes:

- **Crédito estándar:** Todos los hogares obtendrán este crédito, que se basa en el tamaño del hogar:

Número de personas en el hogar	Crédito
1 a 3	$204
4	$217
5	$254
6 o más	$291

  El crédito estándar puede cambiar una pequeña cantidad cada año.

- **Crédito de empleo:** Si tiene empleo, se le restará el 20% de sus ingresos de trabajo o salarios. Por ejemplo, si el total de sus ingresos brutos por trabajo mensuales es de $1,000, su crédito de empleo será de $200 ($1,000 x 20% = $200).

- **Crédito por gastos médicos:** Si tiene 60 años o más, es ciego o está discapacitado, obtendrá un crédito por cualquier gasto médico que pague de su bolsillo que supere los $35. Por ejemplo, si declaró y

verificó $100 en gastos médicos que pagó de su bolsillo cada mes, obtendrá un crédito de $65 ($100 - $35 = $65).

- **Crédito por cuidado de personas dependientes:** Si asiste a una formación, escuela o trabajo y paga por el cuidado de personas dependientes, es posible que obtenga un crédito por la cantidad que paga por cuidado de personas dependientes.

- **Crédito por sustento de menores:** Obtendrá un crédito por cualquier sustento de menores que el tribunal le exija pagar, siempre y cuando esté realizando los pagos.

- **Crédito de vivienda (shelter) o crédito estándar de servicios públicos:**
  - Crédito de vivienda de personas sin hogar: Puede obtener un crédito para las personas sin hogar de $190 si su grupo familiar no tiene donde vivir y tiene gastos de alojamiento.
  - Crédito de vivienda: El crédito de vivienda se basa en los costos de su vivienda, como la hipoteca, los impuestos sobre la propiedad y el seguro de la propiedad, las cuotas de condominio, el alquiler o el alquiler de terreno.
  - Crédito estándar de servicios públicos
    - Si paga por calefacción, obtendrá un crédito por servicios de calefacción de $538.
    - Si paga dos o más de los siguientes servicios públicos, obtendrá un crédito de servicios públicos limitados de $375:
      - Electricidad
      - Teléfono
      - Agua
      - Alcantarillado
      - Recolección de basura
      - Combustible para cocinar
      - Recargo por aire acondicionado
    - Si sólo paga por un servicio público, obtendrá el crédito que se indica a continuación:

Tipo de crédito	Cantidad
Electricidad o recargo por aire acondicionado	$151
Teléfono	$30
Agua o alcantarillado	$103
Recolección de basura	$27
Combustible para cocinar	$47

  - Crédito máximo de vivienda o servicios públicos estándar:
    Grupo 1: Los hogares que tienen un miembro de 60 años o más, ciego o discapacitado no tienen un límite máximo de crédito de vivienda.

    Grupo 2: Los hogares que **no** tengan un miembro de 60 años o más, ciego o discapacitado sólo pueden obtener el crédito máximo de vivienda permitido de $712.

    Ejemplo de hogares del grupo 2: Si sus ingresos netos (ajustados) fueran de $1,000, el 50% serían $500 ($1,000 x 50% = $500). Si el coste declarado de su alojamiento fuera de $700 y añadiera el crédito por gastos de calefacción ($538), el total sería de $1,238. Su crédito de alojamiento estándar sería de $712, el crédito de alojamiento máximo permitido ($1,238 - $500 = $738).

    Grupo 3: Cuando todos los miembros de la unidad familiar no tienen hogar y pagan por alojamiento, se utilizará el crédito para alojamiento o el crédito para personas sin hogar de $190, el mayor de los dos.

Ejemplos de cómo se calculan los ingresos y los créditos

Los siguientes son ejemplos de cómo se calculan los ingresos y los créditos de FoodShare.

Para los límites en los ingresos y las asignaciones máximas, consulte el Apéndice A: Límites de ingresos del programa.

Ejemplo 1: Un hogar de dos personas que incluya a una persona mayor, ciega o discapacitada con ingresos brutos mensuales reportados y verificados de $828, costo médico mensual $41.91, costo de vivienda mensual $343.78 y costo por servicios públicos mensuales $293 para la electricidad que no es para fines de calefacción y el teléfono.

El ingreso bruto del hogar es inferior al límite de ingreso bruto para dos personas ($3,408), por lo que este hogar pasaría la prueba de ingreso bruto.

El próximo paso sería calcular los créditos del hogar y restarlos al ingreso bruto ($828) para obtener el ingreso neto ajustado del hogar:

	$828.00	**Ingreso bruto**
-	**$204.00**	**Crédito estándar**
-	**$ 6.91**	**Costos médicos de más de $35**
=	**$617.09**	**Ingreso ajustado**

Para calcular el crédito de vivienda o servicios públicos estándar, primero se suman el costo total de vivienda y el crédito de servicios públicos estándar de $375. Luego, reste la mitad del ingreso ajustado ($617.09 ÷ 2 = $308.54). La cantidad restante será el crédito estándar de vivienda o servicios públicos estándar máximo.

	$343.78	**Costo de vivienda real**
+	**$375.00**	**Crédito de servicios públicos**
=	**$718.78**	**Total de costo de vivienda o servicios públicos**
-	**$308.54**	**50% de ingreso ajustado**
=	**$410.24**	**Crédito de vivienda/servicios públicos**
	$617.09	**Ingreso ajustado**
-	**$410.24**	**Exceso de crédito de vivienda o servicios públicos**
=	**$206.85**	**Ingreso neto ajustado**

Para calcular la cantidad mensual de beneficios, la cantidad máxima de beneficios mensuales para dos personas ($536) se compara con el 30% del ingreso neto ajustado ($206.85 x 30% = $62.05).

	$536.00	**Cantidad máxima de beneficios**
-	**$62.05**	**30% del ingreso neto ajustado**
=	**$473.95**	**Beneficio mensual del hogar**

El beneficio mensual para este hogar sería de $473. La cantidad de beneficios siempre se redondeará al dólar más cercano.

Ejemplo 2: Un hogar de una persona solicitó FoodShare e informó y verificó un ingreso mensual de $1,600, gastos mensuales de alojamiento de $150 y gastos de servicios públicos de $300 para calefacción.

El ingreso bruto de esta persona es inferior al límite de ingreso bruto para una persona ($2,510), por lo que aprobaría la prueba de ingresos brutos.

El siguiente paso es calcular los créditos del hogar y restar esos créditos del ingreso bruto ($1,600) para obtener el ingreso neto ajustado del hogar.

	$1,600	**Ingreso bruto**
-	**$204**	**Crédito estándar**
=	**$1,396**	**Ingreso ajustado**

Para calcular el subsidio de vivienda o los servicios públicos, añada el costo total de vivienda al crédito estándar por servicios de calefacción $538. Luego, la mitad del ingreso ajustado se restaría ($1,396 ÷ 2 = $698). La cantidad restante es el crédito estándar de vivienda o los servicios públicos máximo.

	$150	**Costo de vivienda**
+	**$538**	**Costo por servicios públicos**
=	**$688**	**Total de costo de vivienda o servicios públicos**

Debido a que el 50% del ingreso neto ajustado ($698) es mayor que el costo real de vivienda y los servicios públicos ($688), la persona no obtendría un crédito de vivienda.

	$1,396.00	**Ingreso ajustado**
-	**0**	**Crédito por exceso de vivienda/ servicios públicos**
=	**$1,396.00**	**Ingreso neto ajustado**
x	**30%**	
=	**$418.80**	**30% del ingreso neto ajustado**

Para calcular la cantidad de beneficios mensuales, la cantidad máxima de beneficios mensuales para una persona ($292) se compara con el 30% del ingreso neto ajustado.

	$292.00	**Cantidad máxima de beneficios**
-	**$418.80**	**30% del ingreso neto ajustado**
=	**$23.00**	**Beneficio mensual del hogar**

Debido a que el 30% del ingreso neto ajustado ($418.80) es mayor que la cantidad máxima de beneficio ($292), y la persona pasó la prueba de ingreso bruto, él o ella obtendría la cantidad mínima de beneficios para un hogar inscrito de una o dos personas, la cual es $23.

Tarjeta QUEST de Wisconsin

Sus beneficios de FoodShare se pondrán en su cuenta de tarjeta QUEST mediante un sistema de transferencia electrónica de beneficios (EBT). Puede gastar sus beneficios usando su tarjeta QUEST.

Su tarjeta QUEST se le enviará por correo. La tarjeta tendrá su nombre. Debe guardar su tarjeta QUEST hasta

que le envíen una tarjeta nueva o su agencia le diga que la tire. **No** recibirá una tarjeta nueva cada mes.

Debe llevar su tarjeta QUEST con usted cada vez que vaya a la tienda a comprar comida usando sus beneficios de FoodShare.

Su tarjeta QUEST de Wisconsin es una forma segura y fácil de usar sus beneficios de FoodShare. Las secciones siguientes le explicarán cómo funciona su tarjeta QUEST y cuándo contactar el servicio de atención al cliente de la tarjeta QUEST.

NOTA: Puede ver un video en línea que le dará información sobre su tarjeta QUEST y cómo usarla. Para ver este video vaya a: dhs.wi.gov/foodshare/ebt.htm.

Cuando recibe sus beneficios

Cada mes que está inscrito en FoodShare, sus beneficios se agregarán automáticamente a su tarjeta QUEST. La fecha en la que recibe los beneficios se basa en la octava cifra del número de Seguro Social del titular principal de la tarjeta (consulte la tabla abajo).

Octavo dígito de su número de Seguro Social	Día del mes en que sus beneficios de FoodShare estarán disponibles
0	2°
1	3°
2	5°
3	6°
4	8°
5	9°
6	11°
7	12°
8	14°
9	15°

Cada mes, a medida que sus beneficios se agreguen a su cuenta QUEST, su saldo aumentará. A medida que use sus beneficios, su saldo disminuirá. Sus beneficios estarán disponibles en la fecha indicada en la tabla, incluso si cae en fines de semana o días festivos.

Cómo gastar sus beneficios

Puede usar su tarjeta QUEST cada mes y con la frecuencia que desee para comprar alimentos para las personas que viven en su hogar. Cuando usa su tarjeta QUEST, no hay:

- Una cantidad mínima de dinero que necesite gastar.
- Un cargo por hacer una compra.

Puede dejar tantos beneficios como desee en su cuenta al final de cada mes para utilizarlos en un mes futuro. Sin embargo, si no usa su tarjeta QUEST durante 274 días, cualquier beneficio anterior a 274 días se eliminará de su cuenta.

NOTA: Debe tener su tarjeta QUEST con usted en la tienda para comprar alimentos con sus beneficios de FoodShare.

Puede usar sus beneficios para comprar alimentos como:

- Panes y cereales
- Frutas y vegetales
- Carnes rojas, pescado y aves
- Productos lácteos
- Meriendas
- Semillas y plantas que produzcan alimentos para consumo en el hogar

No puede usar sus beneficios para comprar:

- Artículos no alimenticios (alimentos para mascotas, productos de papel, jabones, artículos del hogar, artículos de aseo, pasta dental y cosméticos, etc.)
- Cerveza, vino, licor, cigarrillos o tabaco
- Alimentos calientes (alimentos que se compran y se sirven ya calientes en la tienda)
- Alimentos para personas que no forman parte de su hogar
- Vitaminas y medicinas

Tampoco puede utilizar sus beneficios para pagar las tasas de depósito de los envases, como botellas de leche y otras latas o botellas de refrescos retornables en Wisconsin. Otros estados pueden tener leyes que exigen

el pago de una tasa de depósito. En esos estados, puede utilizar sus beneficios para pagar la tasa.

Si come en un lugar donde proveen comidas en grupo para personas mayores o si le llevan la comida a su casa, puede usar los beneficios de FoodShare para pagar por estas comidas si el lugar o el proveedor está autorizado para aceptar la tarjeta QUEST.

Puede también utilizar sus beneficios en cualquiera de los lugares siguientes si la instalación está autorizada para aceptar la tarjeta QUEST:

- Centro de tratamiento de alcohol y drogas (se aplican reglas especiales)
- Refugio para víctimas de violencia doméstica
- Refugio para personas sin hogar
- Hogar de grupo para personas con discapacidades

Compradores autorizados

Un comprador autorizado de FoodShare es una persona que puede usar sus beneficios de FoodShare para comprar los alimentos de su familia.

Tanto usted como su comprador autorizado recibirán una tarjeta QUEST. La tarjeta QUEST de sus compradores autorizados tendrá sus respectivos nombres. Su tarjeta QUEST tendrá su nombre.

Si decide designar a un comprador autorizado, asegúrese de que sea alguien en quien puede confiar. Cualquier transacción de cuenta que haga su comprador autorizado se considera autorizada por el titular principal de la tarjeta y los beneficios no serán reemplazados. Si no se cumplen las reglas del programa FoodShare, usted, como titular principal de la tarjeta, puede ser considerado responsable. Puede nombrar a un comprador autorizado llenando y enviando el formulario F-16004 "Agregar o quitar un comprador autorizado o beneficiario alternativo para los beneficios de FoodShare," Puede obtener este formulario en línea en dhs.wi.gov/library/collection/f-16004.

Saldo de su cuenta

Siempre debe verificar su saldo antes de comprar. Si no sabe el saldo, puede verificarlo mediante cualquiera de los siguientes:

- Llame a la línea de servicio de la tarjeta QUEST al 877-415-5164.
- Vea su último recibo.
- Vaya a ebtedge.com. Haga clic en Cardholder Login (Inicio de sesión del titular de la tarjeta) e ingrese su número de tarjeta QUEST.
- Utilice la aplicación móvil MyACCESS.
- Utilice la aplicación móvil ebtEDGE.

Debe obtener un recibo impreso cuando compra alimentos con su tarjeta QUEST.

① YOUR FOOD STORE
123 STREET
ANYTOWN, WI 53701
② TERM ID 12345
③ MERCH TERM ID 234565ACB
④ SEQ# 456
⑤ CLERK 1
⑥ 04/02/16 10:10 AM
⑦ CARD # XXXXXXXXXXXX3456
⑧ POST 04/02/16
⑨ BEG BAL TRANS AMT END
$175.00 $42.50 $132.50
⑩ FS PURCHASE $42.50 APPROVED
DO NOT DISPENSE CASH

El recibo mostrará el saldo de su cuenta. Si no le dan un recibo impreso, pida uno.

El recibo debe tener la siguiente información. Algunos recibos pueden tener más información que la indicada.

1. **Ubicación de la terminal:** Esta es la información de la tienda o donde se encuentra la máquina de tarjeta magnética.
2. **Número de identificación de la terminal:** Este número identifica la máquina de tarjeta magnética que usted usó.
3. **Número de identificación del comerciante:** Este número identifica quién es el comerciante o cuál es la tienda en la que hizo sus compras.
4. **Número de secuencia de la transacción:** Es el número de ventas realizadas en la máquina de tarjeta magnética para ese día.
5. **Número del cajero:** Este número identifica al cajero de la tienda que le ayudó con su transacción.
6. **Fecha y hora de la transacción:** Esta es la fecha y la hora en que hizo sus compras.
7. **Número de la tarjeta:** Esto muestra los últimos cuatro dígitos de su tarjeta QUEST.
8. **Fecha registrada:** Esta es la fecha en que la transacción o compra se registró.

9. **Saldo:** Se trata del saldo de FoodShare. Muestra su saldo antes de hacer sus compras, la cantidad de beneficios que utilice para esta compra, y la cantidad de beneficios que le quedan en su tarjeta QUEST.
10. **Cantidad o resultados de la transacción:** Esto muestra la cantidad de su transacción o compra y si su compra fue aprobada.

Si compra alimentos que superan la cantidad que hay en su cuenta, dígale al cajero la cantidad que quiere restar de su cuenta de la tarjeta QUEST. Tendrá que pagar la diferencia con su propio dinero.

Tenga en cuenta que no puede recibir dinero en efectivo con su tarjeta QUEST.

Puede averiguar cuáles fueron sus últimas 10 compras o depósitos en línea en ebtedge.com, utilizando la aplicación móvil ebtEDGE o llamando a la línea de servicio de la tarjeta QUEST al 877-415-5164. También puede solicitar por escrito una lista de las compras y depósitos hechos en su cuenta durante los últimos tres meses, llame al servicio de atención al cliente de QUEST.

Si encuentra un error en el saldo de su cuenta, llame a la línea de servicio de la tarjeta QUEST en seguida. Cuando se comunique con alguien, asegúrese de preguntar el nombre de la persona con la que habló y pida el "número del boleto." El "número del boleto" es un código que le ayudará a probar que llamó e informó el error.

Si ocurre un problema de computadora que quite o añada beneficios a su cuenta por error, se puede corregir el saldo. La corrección podría afectar el saldo del mes actual o del mes próximo.

Recibirá una carta por correo si la corrección reduce su saldo. Si no está de acuerdo con la corrección, puede solicitar una audiencia imparcial. Consulte la sección sobre Audiencias imparciales en la página 60 para más detalles.

Cómo seleccionar un número de identificación personal (PIN)

Cuando reciba su tarjeta QUEST por correo, se incluirá instrucciones que le indicarán que seleccione un PIN. Necesitará su PIN para acceder a sus beneficios cuando use su tarjeta QUEST. Las siguientes son instrucciones paso a paso para seleccionar un PIN.

1. Elija cuatro números que sean fáciles de recordar, pero difíciles de adivinar para otra persona. No puede utilizar números de PIN comunes que sean fáciles de adivinar, como números seguidos (1234), números repetidos (2222) o un patrón (1212).
2. Tenga listo su número de tarjeta QUEST, los cuatros dígitos que eligió para que sean su PIN, su fecha de nacimiento y los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (SSN por sus siglas en inglés).
3. Llame a la línea de servicio de la tarjeta QUEST al 877-415-5164. Si tiene problemas de audición, llame al 711 y pida al operador de TTY que llame al 877-415-5164. Luego, pida al operador que ingrese los datos por usted.
4. Diga o ingrese el número de su tarjeta QUEST de 16 dígitos.
5. Luego, diga o ingrese los números para:
   - Su fecha de nacimiento.
   - Los últimos cuatro dígitos de su SSN.
   - El PIN de cuatro dígitos que seleccionó. Se solicitará que ingrese su PIN dos veces.

Guarde su PIN en un lugar seguro

Nunca le dé su PIN a nadie, ni siquiera a su agencia, miembros del hogar, cajero de la tienda, administrador de la tienda u otro miembro del personal de la tienda. Cualquier persona que sepa su PIN tiene acceso a sus beneficios, y usted, como el titular, será responsable por cualquier transacción hecha con la tarjeta.

Los beneficios no serán reemplazados si su tarjeta ha sido usada por un comprador autorizado, representante autorizado o cualquier otra persona a la que usted le dé su tarjeta QUEST y PIN.

Si se le olvida su PIN

Si no recuerda su PIN, llame a la línea de servicio de la tarjeta QUEST y elija un nuevo PIN. Si está en la tienda e ingresa el PIN equivocado, tiene dos oportunidades más para ingresar el PIN correcto ese día. Si no ingresa el PIN correcto en el tercer intento, se bloqueará su tarjeta y no podrá usarla hasta el día siguiente.

NOTA: No escriba su PIN en la tarjeta o en cualquier cosa que tenga en su billetera o bolso. Debe llamar a la línea de servicio de la tarjeta QUEST al 877-415-5164 y seleccionar un nuevo PIN si sospecha que alguien más se sabe su PIN.

Problemas con su tarjeta QUEST

Si su tarjeta QUEST no funciona, llame a la línea de servicio de la tarjeta QUEST al 877-415-5164. Si todavía necesita ayuda, comuníquese con su agencia.

Si nota un error en su cuenta, llame a la línea de servicio de la tarjeta QUEST al 877-415-5164 para informar el error. Usted recibirá una carta con una decisión sobre el error. Si está en desacuerdo con la decisión, puede solicitar una audiencia imparcial. La información sobre como presentar una audiencia imparcial se encontrará en su carta.

Mensajes de error

Si recibe un mensaje de error al usar su tarjeta QUEST llame a la línea de servicio de la tarjeta QUEST. Estos son algunos ejemplos de mensajes de error y las soluciones:

- Tarjeta no registrada (Card not on file).
- Saldo insuficiente (Insufficient balance): Usted ha tratado de gastar más beneficios de los que tiene en su cuenta. Devuelva algunos de sus comestibles o pague el resto en efectivo o con otra forma de pago
- El PIN no es válido (Invalid PIN): Usted ha ingresado el PIN incorrecto. Si ingresa el PIN equivocado tres veces en el mismo día, se bloqueará su tarjeta hasta el día siguiente.
- Tarjeta inactiva (Inactive card): No eligió un PIN.

Cómo cuidar su tarjeta QUEST

A continuación, encontrará algunos consejos útiles para usar su tarjeta QUEST. Estos consejos pueden ayudarlo a proteger su tarjeta QUEST y reducir la necesidad de reemplazarla en el futuro (puede obtener una tarjeta de reemplazo gratuita por año calendario, pero las tarjetas de reemplazos adicionales le costarán $2.70):

- Guarde su tarjeta QUEST en un lugar seguro.
- Cuide su tarjeta QUEST como cuidaría una tarjeta de crédito.
- No use su tarjeta QUEST para raspar parabrisas, destrabar puertas, etc.
- Mantenga la banda magnética limpia y sin rayones.
- Guarde su tarjeta QUEST en una billetera o bolso.
- Mantenga su tarjeta QUEST alejada de imanes, como los que se encuentran en los clips para billetes y en los cierres de bolsos.
- Nunca le diga su PIN a nadie.
- No arroje su tarjeta QUEST a la basura.

Si se le pierde o le roban su tarjeta

Tan pronto se dé cuenta de que perdió su tarjeta QUEST o de que se la han robado, llame a la línea de servicio de la tarjeta QUEST al 877-415-5164. Su tarjeta será cancelada cuando llame. Si alguien usa su tarjeta antes de usted llamar para cancelarla, no se reemplazarán sus beneficios. Una vez que usted reporte que su tarjeta se perdió o que se la robaron, nadie va a poder usarla. Se le enviará una tarjeta de reemplazo el próximo día laborable.

Si una tarjeta QUEST en su cuenta se pierde o se la roban, puede que tenga que pagar una cuota de $2.70 para reemplazarla. La cuota va a salir de sus beneficios de FoodShare. Si su cuenta no tiene fondos suficientes para cubrir la cuota, se cobrará cuando se añadan los beneficios a su cuenta. Un titular de la tarjeta obtendrá una tarjeta QUEST de reemplazo gratis cada año calendario (1 de enero al 31 de diciembre).

Como congelar una tarjeta

Puede llamar a QUEST Card Services para congelar y descongelar su tarjeta. Congelar su tarjeta le permite detener ciertas transacciones hasta que la tarjeta se descongele. Así podrá buscar la tarjeta en caso de que se le pierda o se la roben sin tener que preocuparse por perder los beneficios antes de reemplazar su tarjeta.

Cuando su tarjeta QUEST está congelada no puede hacer una compra de alimentos ni seleccionar o cambiar su PIN.

Si se daña su tarjeta

Si su tarjeta se daña o si en la tienda tienen que ingresar el número de su tarjeta manualmente cada vez que la usa, llame a la línea de servicio de la tarjeta QUEST y pida que le manden una tarjeta de reemplazo.

Control del reemplazo excesivo de las tarjetas QUEST

Wisconsin controla el número de tarjetas QUEST de reemplazo que cada grupo de FoodShare recibe. Si recibe cinco o más tarjetas QUEST de reemplazo en un período de 12 meses consecutivos, la Oficina del Inspector General puede revisar su cuenta de tarjeta QUEST por posible uso indebido de sus beneficios de FoodShare.

Consulte los consejos indicados en la sección Cómo cuidar su tarjeta QUEST para ayudarlo a proteger su tarjeta QUEST y reducir la necesidad de recibir tarjetas de reemplazos en el futuro.

Cómo usar su tarjeta

Sus beneficios de FoodShare se pondrán en su cuenta de FoodShare mediante un sistema de transferencia electrónica de beneficios (EBT). Una vez que sus beneficios están en su cuenta, puede usar su tarjeta QUEST para comprar alimentos en las tiendas y en algunos mercados de agricultores que aceptan pagos de EBT.

En una tienda o un mercado de agricultores

Para pagar su comida, deslice su tarjeta QUEST en la terminal de tarjeta magnética en la caja de pagar e ingrese su número de identificación personal (PIN).

Si la terminal de tarjetas magnéticas no funciona, la tienda o el mercado de agricultores puede optar por manejar la compra utilizando un formulario de papel y llamando a la línea de servicio de la tarjeta QUEST.

Si la tienda o mercado de agricultores opta por completar un formulario de papel, se requieren los siguientes pasos:

1. El cajero tiene que llenar el formulario de papel con la siguiente información:
   - Número de la tarjeta QUEST
   - Su nombre (o el nombre del miembro de FoodShare)
   - Número de identificación del comerciante
   - Tipo de transacción (compra o devolución)
   - Cantidad de la compra o devolución
   - Nombre y dirección de la tienda
2. El cajero debe llamar al número de comerciantes de QUEST para autorización. Si la autorización es para una compra, al cajero le dejarán saber si tiene beneficios suficientes en su cuenta de FoodShare para comprar sus alimentos.

   Una vez que el cajero obtiene la autorización, escribirá la fecha y la hora de la llamada, la cantidad autorizada y un número de aprobación de la autorización.
3. Deberá aprobar y firmar el formulario de papel. Recibirá una copia del formulario para sus registros.

Se aplicará una retención por la cantidad de la compra en su cuenta para asegurar que el comerciante pueda completar la transacción y recibir el pago.

Algunas tiendas pequeñas o mercados de agricultores también pueda que usen un formulario de papel que tendrá que firmar.

En persona

Los alimentos que se compran con los beneficios de FoodShare deben recibirse en el momento de la compra. Excepción: Puede usar los beneficios de FoodShare para comprar su porción de alimentos como participante en una Community Supported Agriculture (CSA) hasta 14 días antes de recibir la parte de los alimentos.

En línea (online)

Muchas tiendas ofrecen la opción de ordenar comida en línea, elija una opción de pago con la tarjeta EBT y pase su tarjeta QUEST cuando recoja su comida. Puede averiguar con sus tiendas locales para ver si ofrecen esta opción.

También puede pedir y pagar su comida en línea en algunas tiendas. Visite dhs.wi.gov/foodshare/ebt.htm para ver una lista de tiendas donde puede ordenar y pagar por los alimentos en línea. Las tiendas tendrán una opción para pagar con la tarjeta EBT para que puedas introducir los datos de tu tarjeta.

Se le pedirá que ingrese el PIN de su tarjeta cada vez que realice el pago. En algunos casos, es posible que se le cobre una tarifa de entrega. Tendrá que utilizar otra forma de pago para pagar la tarifa de entrega. Su tarjeta QUEST sólo puede utilizarse para pagar el coste de su comida.

Ajustes de la tienda

Es posible que una tienda deba aumentar o disminuir la cantidad de la compra con su tarjeta QUEST para corregir un error (por ejemplo, un error del sistema). Recibirá una carta que explicará por qué es necesario el ajuste. Si no está de acuerdo con el ajuste, tendrá 15 días calendario a partir de la fecha de la carta para presentar una audiencia imparcial. La cantidad del ajuste puede permanecer en su cuenta hasta que se tome una decisión en la audiencia imparcial.

Cómo devolver un artículo

Si necesita devolver un artículo, llévelo a la tienda donde lo adquirió junto con el recibo y su tarjeta QUEST. La tienda pondrá sus beneficios de vuelta en su cuenta. Podrá disponer de estos beneficios de inmediato. No recibirá dinero en efectivo.

Si se muda

Si se muda, se recomienda que se ponga en contacto con su agencia para informar de su nueva dirección. Si le envían una tarjeta a su dirección anterior, no se la reenviarán a su nueva dirección.

Si se muda fuera del estado, se recomienda que lo informe a su agencia. Podrá seguir utilizando los beneficios que tenga en su tarjeta QUEST de Wisconsin en su nuevo estado. Si no puede encontrar una tienda que acepte la tarjeta QUEST de Wisconsin, comuníquese con la agencia local de Wisconsin que emitió los beneficios de FoodShare. Para seguir recibiendo beneficios en el estado nuevo en que vive, tiene que solicitar beneficios de nuevo en ese estado.

NOTA: Si recibe una tarjeta nueva por correo, debe de llamar a la línea de servicio de la tarjeta QUEST al 877-415-5164 dentro de 15 días para activar su tarjeta nueva. Su tarjeta vieja se cancelará 15 días después de haberse emitido su tarjeta nueva.

Guarde su tarjeta QUEST

Aunque deje de recibir los beneficios de FoodShare, no se deshaga de su tarjeta QUEST. Si vuelve a recibir beneficios de FoodShare, se pondrán en su última tarjeta QUEST activa. Sólo se debe deshacer de su tarjeta QUEST si le indicaron que lo haga o si le enviaron una nueva.

Reglas y responsabilidades de FoodShare

Si recibe los beneficios de FoodShare, debe cumplir con las reglas del programa FoodShare para seguir obteniendo beneficios al:

- Informar los cambios necesarios
  - Informe cuando el ingreso bruto mensual de la familia supere el 130% del límite federal de pobreza.
  - Informe cuando las horas de trabajo de un adulto capacitado bajen a menos de 80 horas al mes.
  - Informe cuando un miembro del hogar reciba un premio sustancial de lotería o juegos de azar.
- Llenar el formulario informe de seis meses si es necesario.
- Completar una renovación.
- Proporcionar una firma al presentar la solicitud, llenar el informe de seis meses y completar una renovación.
- Responder a las preguntas de manera completa y honesta.
- Proporcionar los documentos que se le solicitan.

Sobrepagos

Los sobrepagos son beneficios que recibió pero que no debió haber recibido. Debe devolver los beneficios que recibió por error, incluso si el error fue de la agencia y no suyo. Los representantes autorizados, o cualquier persona designada relacionada con el hogar, pueden ser responsables de los sobrepagos. Si la ley federal y estatal requiere que usted pague los beneficios y no lo hace, podría resultar en acciones de cobro, tales como:

- Interceptaciones de reembolsos de impuestos federales o estatales: Las interceptaciones de reembolsos de impuestos significan que el Estado de Wisconsin puede tomar cualquier sobrepago de FoodShare de cualquier reembolso de impuestos que se le deba.
- Crédito o gravamen y recaudación fiscal (levy) contra cualquier propiedad inmueble: Si se coloca un gravamen sobre su casa, no puede vender ni intercambiar su casa hasta que se pague el sobrepago. Una recaudación fiscal (levy) le da al estado de Wisconsin el derecho legal de mantener o vender su propiedad como garantía de una deuda.
- Asignaciones salariales: Las asignaciones salariales pueden tomar cualquier sobrepago de FoodShare de su ingreso o salario laboral antes de que a usted le paguen.

Revisión de control de calidad

El Department of Health Services de Wisconsin puede seleccionar al azar su caso de FoodShare para una revisión de control de calidad. Estas revisiones son para asegurarse de que los miembros están recibiendo los beneficios correctos. Como condición para seguir teniendo derecho a FoodShare, los miembros deben cooperar con las revisiones de control de calidad estatales y federales.

Tiene que completar la revisión de control de calidad para continuar recibiendo beneficios.

Informar cambios

Si los ingresos de su hogar superan el 130% del límite de ingresos mensuales para el tamaño del hogar informado, debe informarlo a su agencia antes del día 10 del mes siguiente.

Tamaño del hogar	Límite de ingresos brutos mensuales
1	$1,632
2	$2,215
3	$2,798
4	$3,380
5	$3,963
6	$4,546
7	$5,129
8	$5,712

Para un grupo familiar con más de ocho miembros, añada $583 por cada miembro adicional.

Los límites de ingresos enumerados se basan en las pautas federales del 1 de octubre de 2024, que pueden cambiar cada año.

Los límites de ingresos para el tamaño de su hogar también se enumerarán en su última carta de inscripción.

Si las horas de trabajo de un miembro que recibe los beneficios de FoodShare por tiempo limitado disminuyen a menos de 80 horas al mes, tiene que informar este cambio a la agencia antes del día 10 del mes siguiente a un mes en el que sus horas de trabajo sean inferiores a 80 horas por mes (consulte el Requisito de trabajo para adultos sanos entre 18 a 52 años en la página 10).

Si un miembro de su hogar recibe un premio sustancial de lotería o juegos de azar, debe informar este cambio a su agencia antes del día 10 del mes siguiente al mes en que recibió el premio. La ganancia sustancial debe haberse recibido mientras el miembro recibía FoodShare.

Una ganancia sustancial es una ganancia única de $4,500 o más antes de las deducciones de impuestos de una sola mano, boleto, juego o apuesta.

El límite sustancial de activos ganadores enumerado anteriormente se basa en las pautas federales del 1 de octubre de 2024, que pueden cambiar cada año.

Los cambios pueden informarse de las siguientes maneras:

- En línea en access.wi.gov.
- Mediante el Informe de cambio de FoodShare (F-16006). Puede obtener este formulario en línea en dhs.wisconsin.gov/foodshare/publications.htm o llamando a su agencia.
- Poniéndose en contacto con su agencia por teléfono, por escrito o en persona.

Es posible que deba facilitar documentos de los cambios que informa. Si necesita ayuda para obtener los documentos, llame a su agencia.

Informe de seis meses de FoodShare

Es posible que tenga que llenar un formulario de Informe de seis meses para verificar la información en los archivos de su familia.

Hay diferentes maneras de enviar su formulario de Informe de seis meses de FoodShare. Recibirá una carta que le dirá cómo hacerlo. Si necesita ayuda para completar el formulario, llame a su agencia.

Le debe informar a su agencia si alguna de la siguiente información ha cambiado:

- La dirección donde vive
- Los costos de vivienda y servicios públicos
- Las personas que viven con usted
- La cantidad que usted u otra persona en su hogar paga por sustento de menores ordenado por el tribunal
- El empleo, incluyendo el horario, la tasa de pago, el nombre del empleador y si comenzó o terminó un empleo

- El inicio, la interrupción o la modificación importante del trabajo por cuenta propia.
- Otros tipos de ingresos, como desempleo o sustento de menores, si ha habido un cambio de más de $125
- Si alguien en su hogar recibe una ganancia sustancial de lotería o juegos de azar de $4,500 o más

Es posible que tenga que enviar documentación de la información que declara en el formulario. Puede enviar la prueba por correo, fax, el sitio web de ACCESS o a través de la aplicación móvil MyACCESS. Su agencia utilizará la información de su formulario lleno y la prueba que usted proporcione para actualizar su información. Para obtener más información, consulte el Apéndice D: Ejemplos de documentos.

Debemos recibir su formulario de informe de seis meses y todos los comprobantes requeridos antes de fin de mes. Estos documentos son necesarios para recibir el importe íntegro de los beneficios de FoodShare del mes siguiente. La fecha de vencimiento y los documentos sugeridos figuran en el formulario de informe de seis meses de FoodShare.

Si no presenta el formulario y los documentos antes de la fecha de vencimiento, no recibirá los beneficios de FoodShare hasta que recibamos la información. La cantidad de los beneficios de FoodShare de ese mes dependerá del momento en que recibamos la información.

Su FoodShare terminará si su formulario de informe de seis meses y cualquier prueba requerida se retrasan más de un mes. Tendrá que volver a solicitar FoodShare para empezar a recibir beneficios de nuevo.

NOTA: Los hogares de ancianos, ciegos o discapacitados sin ingresos no tendrán que llenar el informe de seis meses de FoodShare.

Los hogares de personas sin hogar y migrantes no tendrán que llenar un formulario de informe de seis, pero tendrán que realizar renovaciones cada seis meses.

Recibirá una carta en la que se explica cualquier cambio que se produzca en sus beneficios de FoodShare.

Renovaciones

Una vez inscritos en FoodShare, la mayoría de los hogares tendrán que realizar una renovación al menos una vez al año. Algunos hogares de ancianos, ciegos o discapacitados sin ingresos tendrán que renovar una vez cada 36 meses. Recibirá una carta en la que se le indicará la fecha de la próxima renovación.

La renovación es para asegurarse de que sigue cumpliendo todas las normas del programa y de que la cuantía de las prestaciones que recibe es correcta. Se le harán muchas de las mismas preguntas que contestó cuando solicitó FoodShare. Si no completa la renovación y la entrevista, en caso de que haya una, sus beneficios terminarán.

Recibirá una carta por correo el mes anterior al vencimiento de su renovación. Esta carta también le indicará cómo puede hacer su renovación.

Por ejemplo: Si su renovación vence en abril, su carta se enviará en marzo. Esta carta también le dará opciones sobre cómo hacer su renovación en línea en access.wi.gov, por teléfono, correo, fax o en persona.

Es posible que se le pida que envíe documentación de sus respuestas. Si necesita ayuda para obtener los documentos, llame a su agencia y pida ayuda.

Es posible que tenga que realizar una entrevista. Recibirá una carta en la que se le informará de la fecha límite para la entrevista. Puede optar por realizar una entrevista aunque no sea obligatoria. La entrevista se realizará por teléfono, a menos que prefiera hacerla en su agencia.

Debe firmar cuando solicite FoodShare, llene el Informe de seis meses de FoodShare y haga una renovación.

Solo un miembro adulto o un representante autorizado de su hogar podrá realizar una entrevista y proporcionar una firma.

Planes de atención médica con cobertura completa

BadgerCare Plus

Cómo solicitar

Puede solicitar en línea en access.wi.gov, por teléfono, correo, fax o en persona con su agencia.

Si presenta su solicitud por correo o fax, llene el paquete de solicitud de BadgerCare, F-10182. Puede obtener la solicitud de las siguientes formas:

- En dhs.wi.gov/forwardhealth/apply.htm
- Llamando al 800-362-3002
- De su agencia

Para obtener la dirección y el número de teléfono de su agencia, vaya a dhs.wi.gov/im-agency o llame al 800-362-3002.

Su solicitud completa y firmada junto con cualquiera de los documentos necesarias (consulte Apéndice D: Ejemplos de documentos), debe enviarse a:

Si vive en el **condado de Milwaukee**:

MDPU
6055 N. 64th St.
Milwaukee, WI 53218

Fax: 888-409-1979

Si **no** vive en el condado de Milwaukee:

CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547-5234

Fax: 855-293-1822

Se le notificará sobre su inscripción por escrito en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que la agencia reciba su solicitud.

Fecha de inscripción

No puede recibir beneficios hasta que su agencia reciba su solicitud y haya cumplido con todas las reglas del programa. Por lo general, la fecha más temprana de inicio de inscripción será el primer día del mes en que la agencia reciba su solicitud. En la mayoría de los casos, puede solicitar cobertura retroactiva por un máximo de tres meses antes de la fecha en que presentó su solicitud.

Reglas y límites de ingresos

NOTE: Si su solicitud para BadgerCare Plus es denegada, su solicitud puede enviarse al Health Insurance Marketplace. Para más información sobre el Health Insurance Marketplace, vaya a cuidadodesalud.gov o llame al 800-318-2596.

Ingreso mensual e ingreso anual

La elegibilidad para BadgerCare Plus de la mayoría de las personas se determinará utilizando sus ingresos mensuales. Esta es la cantidad de dinero que usted y las personas de su grupo obtienen en un mes calendario. Por lo general, deberá presentar prueba de los ingresos de su grupo durante los 30 días anteriores. Si sus ingresos varían o trabaja por cuenta propia, es posible que se le solicite que presente documentación de varios meses de ingresos para obtener un monto de ingreso mensual promedio.

A las personas que son padres o cuidadores de niños menores de 19 años o que son adultos de 19 a 64 años sin dependientes se les puede determinar si cumplen los requisitos para BadgerCare Plus utilizando sus ingresos anuales si sus ingresos mensuales superan el límite de ingresos mensuales. El ingreso anual es la cantidad de ingresos que usted y las personas de su grupo esperan obtener en un año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre). Si usted o alguien de su grupo puede cumplir los requisitos para BadgerCare Plus utilizando sus ingresos anuales, su agencia puede solicitar información sobre sus ingresos anuales. Generalmente, se le preguntará sobre su ingreso anual esperado para el año en curso, por lo que es posible que deba estimar el monto total ya que el año aún no ha terminado. Si más adelante en el año sus ingresos terminan siendo diferentes de lo que estimó, debe informar el nuevo monto a su agencia en ese momento.

Cómo se calculan los ingresos

Se revisarán los ingresos de cada persona en su grupo. El tamaño de su grupo (en otras palabras, quién está incluido en su grupo) depende de su estado de declaración de impuestos, las relaciones fiscales y las relaciones familiares. Cada persona que solicita beneficios tendrá su propio grupo. Esto significa que cada persona en su hogar puede tener un tamaño de grupo diferente, y que los ingresos pueden contarse de forma diferente para cada persona en su hogar. Su familia aún puede presentar la misma solicitud.

NOTA: Los límites de ingresos pueden cambiar cada año. Puede obtener las cantidades actuales poniéndose en contacto con su agencia o llamando a servicios para miembros al 800-362-3002.

Quién está incluido en su grupo

Para BadgerCare Plus, se utilizarán las siguientes reglas para determinar quién está incluido en su grupo:

Reglas de relación: Si no planea presentar una declaración de impuestos y a usted no lo van a reclamar como un dependiente fiscal en este año fiscal, utilizaremos las "reglas de relación" para determinar quién está incluido en su grupo. Esto incluirá a las siguientes personas, si viven con usted:

- Usted
- Su esposo
- Sus hijos e hijastros menores de 19 años

Si tiene menos de 19 años, su grupo también incluirá a las siguientes personas, si viven con usted:

- Sus padres
- Sus hermanos, hermanastros menores de 19 años.

Siempre que se incluye a una persona embarazada en un grupo, el tamaño del grupo aumenta en función del número de bebés que se espera que nazcan.

Ejemplo 1: Billy, de 40 años y Sadie, de 39 años, viven juntos, pero no están casados. Ellos tienen una hija de los dos, Courtney, de 16 años. No están planeando presentar una declaración de impuestos.

Billy no está casado, así que su grupo lo incluye a él y a su hija, para un tamaño de grupo de dos. El grupo de Sadie la incluye a ella y a su hija, para un tamaño de grupo de dos. Courtney tiene menos 19 años, así que su grupo la incluye a ella y a sus padres, para un tamaño de grupo de tres.

Reglas fiscales: Si planea presentar una declaración de impuestos y no lo van a reclamar como un dependiente fiscal, utilizaremos las "reglas fiscales" para determinar quién está en su grupo.

Bajo las reglas fiscales, su grupo lo incluye a usted, su cónyuge y a los dependientes de impuestos que usted va a reclamar, incluso si no están viviendo con usted. Si tiene hijos, pero no los reclama como dependientes de impuestos, no se incluirán en su grupo.

Siempre que se incluye a una persona embarazada en un grupo, el tamaño del grupo aumenta en función del número de bebés que se espera que nazcan.

Ejemplo 2: George, de 42 de edad y Lucy, de 43 años, están casados y planean declarar impuestos conjuntamente. Viven con tres hijos: Toby, de 10 años, Lindsay, de 8 años y Sally, de 16 años. Ellos planean reclamar a los dos hijos que tienen juntos, Toby y Lindsay, como dependientes de impuestos. No van a reclamar a Sally ya que a ella la reclama como dependiente fiscal de su madre Ellen, que es la ex esposa de George. Aunque hay cinco personas en el hogar, el tamaño del grupo de George y Lucy es de cuatro: George y Lucy, y sus dos dependientes de impuestos, Toby y Lindsay.

Ejemplo 3: Miles, de 54 años y Shauna, de 50 años, están casados y planean declarar impuestos por separado. Miles planea reclamar a su hijo adulto Dennis, de 24 años, que vive fuera del estado y asiste a la universidad, como un dependiente fiscal. El grupo de Miles lo incluye a él, su esposa Shauna y a su dependiente fiscal, Dennis, para el tamaño de un grupo de tres. El grupo de Shauna la incluye a ella y a su esposo Miles, para el tamaño de un grupo de dos. Debido a que Shauna va a declarar impuestos, pero no va a reclamar a Dennis, ella no puede incluirlo en su grupo.

En muchos casos, si piensa ser reclamado como dependiente fiscal de otra persona, se utilizarán las reglas fiscales para determinar quién está incluido en su grupo. Su grupo será el mismo que el de su declarante de impuestos, a menos que se aplique **una** de las siguientes excepciones:

- Alguien que no sea tu padre o madre lo reclama como dependiente fiscal.
- Vive con sus padres, pero ellos no declaran impuestos juntos (por ejemplo, padres que no están casados o padres casados que declaran sus impuestos por separado).
- Lo reclama como dependiente fiscal un padre que vive fuera de su casa.

Si una de estas excepciones se aplica a usted, se usarán las "reglas de relación" para determinar quién está incluido en su grupo.

Ejemplo 4: Como se describe en el ejemplo 2, George y Lucy están casados y planean presentar los impuestos conjuntamente. Ellos viven con tres hijos: Toby, Lindsay y Sally. Planean reclamar a los dos hijos que tienen juntos, Toby y Lindsay, como dependientes de impuestos. Ellos no van a reclamar a la hija de 16 años de George, Sally, porque a ella la reclama como dependiente fiscal su madre Ellen, la ex-esposa de George.

Toby y Lindsay no cumplen con ninguna de las tres excepciones indicadas. Ellos son reclamados por sus padres quienes viven en el hogar y declaran impuestos juntos y no están siendo reclamados por padres que viven fuera del hogar. Su grupo es el mismo grupo que el de sus contribuyentes de impuestos. Los grupos de George y Lucy son de cuatro personas (George, Lucy, Toby y Lindsay), así que los grupos de Toby y Lindsay también son de cuatro personas.

Sally cumple con una de las tres excepciones indicadas: a ella la va a reclamar uno de los padres (su madre, Ellen, la ex-esposa de George) que vive fuera de hogar. Se utilizarán las reglas de relación para Sally. Su grupo la incluirá a ella, sus padres (George, su padre y Lucy, su madrastra) y a su medio hermano y media hermana (Toby y Lindsay), para un grupo de cinco.

NOTA: Para Family Planning Only Services, se le considera un grupo de una persona, y sólo se contará su ingreso.

Una vez que se ha determinado el tamaño de su grupo, se revisan sus ingresos para ver si cumple con las reglas de BadgerCare Plus y para ver cuáles ingresos se toman en cuenta en su grupo.

Excepciones: Ingresos

En la mayoría de los casos, se contarán los ingresos de todos los miembros de su grupo, a menos que el miembro sea un niño o dependiente fiscal de otra persona en su grupo. Los ingresos de un niño o dependiente fiscal no se contarán si esperan tener:

- Menos de $15,000* en ingresos de trabajo para el año fiscal actual **o bien**
- Menos de $1,350* en ingresos gravables de una fuente que no sea de trabajo o empleo por cuenta propia en el año fiscal actual.

*****Esta cantidad puede cambiar cada año.

Los beneficios provenientes de sustento de menores, SSI, Seguro Social, compensación de trabajadores y veteranos no se cuentan como parte de la cantidad de $1,350.

Si el niño o el dependiente fiscal espera recibir más que las cantidades que figuran en el año fiscal actual, el niño o el dependiente fiscal tendrá que presentar una declaración de impuestos y sus ingresos serán contados en su grupo.

Ejemplo 5: Como se describe en el ejemplo 1, Billy y Sadie viven juntos, pero no están casados. Ellos tienen una hija de los dos, Courtney, de 16 años. No están planeando presentar una declaración de impuestos. El grupo de Billy lo incluye a él y a su hija, para un grupo de dos personas. Billy gana $1,500 al mes en su trabajo, Sadie gana $600 al mes de un empleo por cuenta propia. En el mes que solicitaron BadgerCare Plus, Courtney tenía un trabajo de verano que pagaba $800 al mes. Courtney sabe que solamente va a trabajar por tres meses así es que ella no espera ganar más de $15,000 en el año fiscal actual y no será necesario que presente una declaración de impuestos.

Courtney es la hija o dependiente fiscal de Billy y está en su grupo, pero no cumple con los requisitos para tener que presentar impuestos. Sus ingresos no serán contados en el grupo de Billy. Ya que Sadie y Billy no están casados, Sadie no está incluida en el grupo de Billy, así que sus ingresos no serán contados en el grupo de Billy. Los ingresos de Billy serán de $1,500 al mes de su trabajo, y el tamaño de su grupo es de dos personas.

NOTA: Si alguien es hijo o dependiente fiscal, pero no es hijo o dependiente fiscal de una persona del mismo grupo, no se aplica la excepción de ingresos.

Ejemplo 6: Joanie, de 35 años, vive y cuida de su sobrina, Gillian, de 12 años. Joanie también reclama a Gillian como dependiente fiscal. El grupo de Joanie la incluye a ella y a su dependiente fiscal, Gillian, para un grupo de dos personas. Debido a que Gillian cumple con una de las tres excepciones de regla fiscal (su contribuyente no es uno de sus padres), se usarán las reglas de relación. Gillian no vive con sus padres, hermanos o hermanas, así que Gillian es parte de un de grupo de una persona. Joanie gana $2,000 al mes en su trabajo. Gillian recibe un pago de $600 al mes del Seguro Social.

En el grupo de Joanie, sus ingresos de $2,000 al mes cuentan, pero no los ingresos del Seguro Social de Gillian. Esto es porque Gillian es del grupo de Joanie y es la hija o dependiente fiscal de Joanie. Dado que los ingresos del Seguro Social no cuentan para los $1,350 de ingresos que vengan de una fuente que no sea un trabajo, no se espera que Gillian presente una declaración de impuesto. El ingreso de Joanie es de $2,000 al mes para un grupo de dos personas.

Para el grupo de Gillian, su ingreso del Seguro Social de $600 al mes se cuenta. Esto es porque ella es la única persona en su grupo. Aunque es una niña y dependiente fiscal, no es la hija o dependiente fiscal de otra persona en su grupo. Los ingresos de Joanie no serán contados para Gillian porque Joanie no está en el grupo de Gillian. El ingreso de Gillian es de $600 al mes para un grupo de una persona.

Tipos de ingresos que se cuentan

La mayoría de los ingresos imponibles se contarán para BadgerCare Plus. Esto es cierto para las personas que están, y que no están, declarando impuestos.

Aunque generalmente los ingresos del Seguro Social no están sujetos a impuestos, debemos contar este tipo de ingreso para BadgerCare Plus.

Los tipos comunes de ingresos que se cuentan para BadgerCare Plus incluyen:

- Ingresos de trabajo
- Ingreso neto de trabajo por cuenta propia
- Seguro Social
- Compensación por desempleo
- Algunos tipos de pensión alimenticia o manutención conyugal
- Base imponible de pensión, jubilación y anualidades
- Pagos per cápita de los ingresos de juegos de azar tribales

Si tiene ingresos de trabajo por cuenta propia, su declaración de impuestos del año pasado se utilizará para obtener su ingreso neto mensual promedio de su negocio. Si ha habido un cambio en las circunstancias de su negocio, su promedio mensual neto se basará en lo que ha producido su negocio a partir del cambio.

Los mismos gastos de negocio que se consideran las deducciones permitidas por el IRS son también las deducciones permitidas que se consideran para BadgerCare Plus. Esto incluye la depreciación y agotamiento (depletion). Cualquier pérdida que usted tenga de un trabajo por cuenta propia compensará sus otros ingresos (y el ingreso de su cónyuge, si están presentando conjuntamente), como los ingresos de un trabajo.

Ejemplo 7: Bob y Bárbara son dos adultos de más de 19 años, casados y declaran impuestos juntos. Bárbara gana $1,200 al mes de un trabajo. Bob tiene un trabajo por cuenta propia y este año tuvo una pérdida mensual promedio de $200 de su trabajo por cuenta propia. Debido a que Bob y Bárbara presentan la declaración de impuestos conjuntamente, la pérdida en el trabajo por cuenta propia del negocio de Bob compensará los ingresos de Bárbara. El ingreso neto mensual para Bob y Bárbara será de $1,000 al mes.

	$1,200	**Ingresos de Barbara**
-	**$200**	**Pérdida mensual del negocio de Bob**
=	**$1,000**	**Ingreso neto**

Algunos de los tipos de ingresos que **no** se cuentan para BadgerCare Plus incluyen:

- El sustento de menores (child support)
- Algunos tipos de pensión alimenticia o manutención conyugal
- Los ingresos que se obtuvieron mientras se prestaban servicios de atención a domicilio, pero solo en determinadas situaciones. (Para más detalles, consulte con su trabajador.)

- El Supplemental Security Income (SSI)
- La compensación a los trabajadores
- Los beneficios de veteranos
- Los regalos que recibe de otras personas
- Algunos pagos a los nativos americanos de fuentes distintas a los ingresos de juegos de azar

Deducciones y omisiones de ingresos

Existen dos tipos de deducciones para BadgerCare Plus:

1. **Deducciones antes de impuestos:** Los pagos que se retiran de su sueldo antes de los impuestos son deducciones antes de impuestos. Estos pagos se restarán de sus ingresos brutos del trabajo y reducirán la cantidad de ingresos contados de su trabajo.

   Las deducciones permitidas antes de impuestos incluyen las siguientes:
   - Primas de seguro médico
   - Cuenta de ahorros de salud (incluyendo las cuentas de gastos flexibles)
   - Aportes de jubilación
   - Costos de tránsito y estacionamiento
   - Cuenta de ahorros para cuidado infantil
   - Seguro de vida colectivo

2. **Otras deducciones fiscales de BadgerCare Plus:** Algunos de los siguientes gastos fiscales pueden deducirse de sus ingresos para determinar si cumple con los requisitos de BadgerCare Plus, incluso si no tiene previsto presentar impuestos. Las deducciones fiscales permitidas se enumeran en el Formulario 1040, Anexo 1.

   La mayoría de estas deducciones no son comunes, y no incluyen deducciones fiscales detalladas, como las contribuciones caritativas o el interés de una hipoteca. Algunas deducciones tienen límites. Si su gasto excede el límite, el monto total del gasto no se deducirá de sus ingresos.

   Los gastos deducibles incluyen:
   Intereses de préstamos estudiantiles: El interés sobre un préstamo que sacó para pagar la escuela es deducible de impuestos. Esto puede ser para pagar la escuela de un cónyuge o dependiente fiscal. Si todos sus préstamos carecen de intereses, tales como los préstamos de subsidiados federales, no puede obtener la deducción.

   Si el préstamo fue utilizado para cualquier otra cosa además de pagar por educación o bien un pariente o empleador le dio un préstamo, no puede obtener la deducción.

   Por ejemplo: Si el pago de su préstamo estudiantil es de $200 por mes y parte de ese pago es $50 en intereses, esos intereses son deducibles de impuestos.

   Deducción fiscal por trabajo por cuenta propia: Si trabaja por cuenta propia y paga los impuestos de trabajo por cuenta propia, puede deducir una porción de los impuestos que paga de trabajo por cuenta propia.

   Pensión alimenticia: Si paga manutención del cónyuge, pensión alimenticia o manutención en virtud de un acuerdo de separación o divorcio que se completó antes del 1 de enero de 2019, es posible que pueda obtener esta deducción. Los pagos efectuados en virtud de un acuerdo de separación o divorcio que se completó a partir del 1 de enero de 2019 no pueden solicitarse como deducción.

   Gastos deducibles de impuestos de los maestros: Si es un maestro de K-12 y tiene hasta $300 en gastos de su bolsillo para su trabajo (gastos no pagados por el empleador), se le dará esta deducción.

   Planes de ahorros para los trabajos por cuenta propia: Si tiene un trabajo por cuenta propia y contribuye a un plan de ahorros para las personas con trabajos por cuenta propia y/o sus empleados, usted puede obtener esta deducción. Ejemplos de estos planes son el plan Simplified Employee Pension (SEP), el Savings Incentive Match Plan For Employees (SIMPLE) y el Qualified Plan Contributions.

   Sanciones por retiro anticipado de fondos: Si usted pagó una multa a un banco o institución financiera por el retiro anticipado de fondos de una cuenta de ahorros en la que se tiene que dejar el dinero en la cuenta por un período fijo de tiempo, puede obtener esta deducción. Los ejemplos incluyen una cuenta de ahorro de tiempo, certificado de depósito (CD) o una anualidad.

Gastos deducibles de impuestos de artistas intérpretes o ejecutantes (Performing Artists): Si es un artista intérprete o ejecutante que tiene gastos de bolsillo profesionales (gastos no pagados por su empleador), puede obtener esta deducción.

Sólo puede obtener esta deducción si trabajó por lo menos para dos empleadores y cada uno le pagó por lo menos $200, no ganó más de $16,000 por su trabajo en un año, y los gastos de bolsillo fueron más del 10% de sus ganancias.

Si usted no está seguro si califica, por favor consulte el formulario 2106 del IRS y las instrucciones para obtener más información.

Gastos deducibles de los miembros de la Reserva de las Fuerzas Armadas: Si usted es miembro de la Reserva de las Fuerzas Armadas y viaja a más de 100 millas de su casa para realizar un trabajo para la Reserva de las Fuerzas Armadas, puede obtener una deducción por sus gastos de viaje.

Si no está seguro de cumplir los requisitos, consulte el formulario 2106 del IRS y las instrucciones para obtener más información.

Gastos de mudanza para militares: Los gastos de mudanza pueden deducirse si la persona es un militar en servicio activo al que se le ordena mudarse y esa mudanza es un cambio permanente de estación.

Si usted no está seguro si califica, por favor consulte el formulario 2106 del IRS y las instrucciones para obtener más información

Pérdida de la venta de propiedad del negocio: Si tiene un trabajo por cuenta propia y tuvo una pérdida por la venta o intercambio de propiedad que tenía para su negocio, puede obtener esta deducción.

Contribuciones a una cuenta de retiro individual (Individual Retirement Account – IRA): Si tuvo ingresos de un trabajo e hizo contribuciones a una cuenta de retiro individual (IRA), puede obtener esta deducción. Una cuenta IRA es un plan de ahorros que le pagará un monto fijo, regular después de retirarse. Puede obtener esta deducción si tiene un trabajo por cuenta propia y contribuye a una IRA que usted estableció.

Los gastos deducibles de impuestos de funcionarios basados en honorarios: Si es un funcionario basado en honorarios y tiene gastos por cuenta propia (gastos no pagados por el empleador), puede obtener una deducción por esos gastos.

Ejemplos de funcionarios basados en honorarios incluyen a capellanes, comisionados del condado, jueces, jueces de paz, alguaciles, guardias, registradores de bienes raíces o inspectores de construcción.

Si no está seguro si califica, por favor consulte el formulario 2106 del IRS y las instrucciones para obtener más información.

La deducción de las actividades de producción domésticas: Si tiene un trabajo por cuenta propia y dirige la producción de cosas como bienes, electricidad, gas natural o agua potable (mientras estos se hayan producidos en los Estados Unidos), o si fue el inventor o creador de software, grabaciones o películas en los Estados Unidos, puede obtener esta deducción.

Pérdida operativa neta (NOL)
Si tiene más deducciones que ingresos en el año, puede tener una pérdida operativa neta o NOL. Una pérdida operativa neta puede deducirse de los ingresos de otro año o años. Si tiene un remanente de una pérdida operativa neta de un año anterior, es posible que pueda obtener esta deducción.

El IRS tiene una serie de reglas para tener un NOL. Generalmente, un NOL es causado por una pérdida de la operación de un negocio de propiedad única o propiedad de alquiler. El IRS también tiene reglas que limitan lo que se puede deducir al calcular un NOL. Por ejemplo, no puede deducir pérdidas de capital que excedan las ganancias de capital. Además, la deducción NOL no puede exceder el 80% de los ingresos imponibles por pérdidas en los años fiscales posteriores a 2017.

Para obtener más información acerca de NOL, consulte las instrucciones para completar el formulario 1040 del IRS y la publicación 536 del IRS.

Otros gastos permitidos que se pueden añadir (write-in): En el formulario 1040, Anexo 1, hay un

lugar para las deducciones fiscales añadidas que no son muy frecuentes. Incluyen la siguiente lista:

- Los aportes hechos a una Archer Medical Savings Accounts (MSA)
- Las deducciones atribuibles a rentas y regalías
- Ciertas deducciones de los usufructuarios vitalicios (life tenants) y los beneficiarios de ingresos de la propiedad
- El pago por el servicio de jurado (jury duty) otorgado al empleador porque al jurado le pagaron un salario durante el servicio.
- Los gastos de reforestación
- Los honorarios de abogados y los costos judiciales pagados para recuperar un fallo o acuerdo por un reclamo de discriminación ilegal, un reclamo contra el gobierno de los EE. UU. o un reclamo en virtud de la sección 1862(b)(3)(A) de la Ley del Seguro Social
- Los honorarios de abogados relacionados con recompensas a los informantes
- Los aportes a la sección 501(c)(18)(D) de los planes de pensiones
- Los aportes de algunos capellanes a la sección 403(b) de planes

Si alguna de estas se aplica a usted, puede obtener la deducción. Para más información sobre estas deducciones, consulte las instrucciones para completar el formulario 1040 del IRS.

Ingresos no considerados (Income Disregards)

La cantidad de sus ingresos equivalente al 5% del nivel federal de pobreza no se considerará al calcular sus ingresos para cumplir con los requisitos de BadgerCare Plus. Los niños, las personas embarazadas, o las personas inscritas en Family Planning Only Services obtendrán una omisión adicional en la cantidad de sus ingresos equivalente al 1% del nivel federal de pobreza.

Para todos los adultos, la omisión del 5% ya está incluida en el límite de ingresos del programa del 100% del nivel federal de pobreza.

En el caso de los niños, las personas embarazadas y las personas inscritas en el Family Planning Only Services, se aplicarán ambas omisiones (5% y 1%) comparando sus ingresos con el 306% del nivel federal de pobreza (en lugar del 300%).

Ejemplo: Marcy está embarazada, no es casada, y no tiene hijos. Está esperando un bebé, así que su grupo es de dos personas. Sus ingresos son de $5,375 al mes, que es el 305% del nivel de pobreza federal. Aunque el límite de ingresos para las personas embarazadas es el 300% del nivel de pobreza federal, es decir, $5,287.50 al mes, aún podrá inscribirse en BadgerCare Plus debido a las omisiones de ingreso.

El novio de Marcy, Al, tiene un grupo de una persona e ingresos mensuales de $1,343, o 103% del nivel de pobreza federal. Como adulto, su límite de ingresos es el 100% del nivel de pobreza federal o $1,304.17, y la omisión del 5% ya está incluida en el límite de ingresos. Como resultado, él sobrepasa el límite de ingresos y no podrá inscribirse en BadgerCare Plus.

En la mayoría de los límites de ingresos de los hijos también se aplicará la omisión del 6% (por ejemplo, el límite de ingresos para la cobertura retroactiva, para obtener más información sobre la cobertura retroactiva, consulte la página 75). A los niños sólo se les descontará un 1% de sus ingresos a la hora de determinar si se les cobra una prima.

Medicaid for the Elderly, Blind, or Disabled

Medicaid ofrece cobertura de atención médica a las personas de 65 años o más, ciegas o discapacitadas. Las determinaciones de discapacidad y ceguera las realiza la Disability Determination Bureau del Department of Health Services.

Cómo solicitar

Puede hacer su solicitud para los planes siguientes en línea en access.wi.gov, por teléfono, por correo, por fax o en persona:

- Institutional Medicaid (hospitales, hogares de ancianos, instituciones para enfermedades mentales)
- Medicaid
- Medicaid Purchase Plan
- Servicios de emergencia
- Programa de ahorro de Medicare (Medicare Savings Program)

Si opta por presentar la solicitud por correo o fax, llene el paquete de solicitud Medicaid for the Elderly, Blind, or Disabled, F-10101. Puede obtener la solicitud en línea en dhs.wi.gov/forwardhealth/apply.htm, llamando a

servicios para miembros al 800-362-3002 o a través de su agencia.

Envíe la solicitud completa y firmada junto con cualquier documento necesario (consulte el Apéndice D: Ejemplos de documentos en la página 76), a:

Si vive en el **condado de Milwaukee**:

MDPU
6055 N. 64th St.
Milwaukee, WI 53218

Fax: al 888-409-1979

Si **no** vive en el condado de Milwaukee:

CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547-5234

Fax 855-293-1822

Para solicitar los servicios de cuidado a largo plazo a través del Family Care, Family Care Partnership, IRIS o PACE, debe ponerse en contacto con su Aging and Disability Resource Center (ADRC) local. Para obtener la dirección y el número de teléfono de su ADRC, vaya a findmyadrc.com o llame al 800-362-3002. Si en su condado no hay un ADRC, póngase en contacto con su departamento de servicios sociales o humanos locales para obtener información sobre cómo solicitar estos servicios.

Para solicitar los servicios de apoyo de cuidado a largo plazo para un niño menor de 21 años, debe ponerse en contacto con la agencia de exención de su condado. Para obtener la dirección y el número de teléfono de la agencia de exenciones de su condado, vaya a dhs.wi.gov/clts/contact.htm.

Recibirá un aviso por escrito sobre su inscripción en un plazo de 30 días a partir del día en que la agencia reciba su solicitud.

Fecha de inscripción

No puede recibir beneficios hasta que la agencia reciba su solicitud y haya cumplido con todas las reglas del programa.

La fecha de inscripción más temprana generalmente será el primer día del mes en que su agencia reciba su solicitud completa y firmada. Para la mayoría de los programas, puede solicitar una cobertura retroactiva de hasta tres meses calendario antes del mes en que envió su solicitud. Algunos programas, como Qualified Medicare Beneficiary (consulte la página 44) o Family Care e IRIS, no pueden ofrecer cobertura retroactiva.

NOTA: La inscripción en el Qualified Medicare Beneficiary no comienza el primer día del mes en que su agencia recibe su solicitud completa y firmada.

Créditos de ingreso

Determinar en qué plan de Medicaid se puede inscribir se basa en parte en sus "ingresos contables". Los ingresos contables son sus ingresos brutos menos los créditos permisibles. Los créditos que se restan de sus ingresos pueden variar dependiendo del plan.

El crédito debe cumplir con las reglas del plan de Medicaid antes de que pueda ser restado de sus ingresos. En la mayoría de los casos, debe proporcionar documentos o verificación de los gastos para obtener el crédito. Los créditos que obtenga determinarán si puede inscribirse en Medicaid y bajo qué plan. También determinarán si tendrá una participación en los gastos.

Los siguientes son los créditos que puede obtener y cómo se calculan o para qué sirven.

1. **Crédito de $65 y medio por ingresos ganados:** Este crédito sólo está disponible para personas con ingresos laborales o salariales. El crédito de $65 y medio se calcula (1) restando $65 de los ingresos laborales brutos mensuales y los salarios, (2) dividiendo la cantidad restante entre dos y (3) sumando nuevamente los $65.

   Por ejemplo: Si sus ingresos brutos mensuales por empleo son $500, su crédito sería de $282.50.

	$500.00		$435.00		$217.50
-	$65.00	÷	2	+	$65.00
=	$435.00	=	$217.50	=	$282.50

2. **Crédito para las necesidades básicas de exenciones de la comunidad (Grupo B o B Plus):** A partir de 2024, este subsidio es de $1,147.

3. **Crédito para manutención personal de exenciones de la comunidad:** Este subsidio es para alojamiento, comida y gastos personales, y consta de tres componentes: (1) el crédito de las necesidades básicas de exenciones de la comunidad, (2) el crédito de $65 y medio por ingresos ganados, y (3) el crédito especial de vivienda.

	$1,147.00	**Crédito para necesidades básicas de exenciones de la comunidad**
+		**Crédito de $65 y ½ para ingresos ganados**
+	_____	**Crédito especial de vivienda**
=		**Crédito para manutención personal de exenciones de la comunidad**

El total de estos tres componentes no puede exceder los **$2,901.00**.

El crédito especial de vivienda es el total de los costos de vivienda (enumerados) menos $350.

4. **Crédito por costo asociado con bienes inmuebles:** Si reside en un hogar de ancianos y es dueño de una propiedad que está en venta, puede utilizar algunos de sus ingresos para pagar por los costos mínimos de calefacción y electricidad para evitar daños a la casa mientras está en venta. Usted puede obtener un crédito por estos costos.

5. **Depreciación:** Si tiene un trabajo por cuenta propia, podría deducir la depreciación de sus ingresos de trabajo por cuenta propia. La cantidad del crédito por depreciación es la misma cantidad que usted reclama en sus formularios de impuestos.

6. **Crédito por exceso de gastos de trabajo por cuenta propia:** Cuando hay más de un negocio de trabajo por cuenta propia, las pérdidas de uno pueden compensar las ganancias del otro.

7. **Crédito por las primas del seguro médico:** Es posible que pueda obtener un crédito por el costo de las primas de seguro médico que está obligado a pagar por usted o su cónyuge.

   Si usted y su cónyuge solicitan, pero sólo uno paga la prima, divida la prima por igual. Distribuya las primas entre los meses que los pagos cubren.

NOTA: Para el Institutional Medicaid y el Community Waivers Group B o B Plus, el miembro no recibe crédito por una deducción de la prima si no es quien paga la prima.

8. **Crédito por gastos de trabajo relacionados con una discapacidad [Impairment Related Work Expenses (IRWE) Credit]**: Usted puede obtener un crédito por los costos que espera incurrir debido a un impedimento físico o mental y su empleo.

   Los siguientes son ejemplos de gastos de trabajo relacionados con la discapacidad:
   - Equipos audiovisuales modificados
   - Medios auxiliares para la mecanografía
   - Teclados especiales
   - Prótesis
   - Medios auxiliares para la lectura
   - Modificación de vehículos (más la instalación, mantenimiento, y costos de reparación pertinentes)
   - Sillas de ruedas

9. **Crédito por mantenimiento de una casa o apartamento:** Si estás en una institución médica y tiene una casa o un apartamento o residía en una instalación de vida asistida antes de ser institucionalizado, es posible que pueda obtener un crédito equivalente al costo de mantener la casa, apartamento o habitación en las instalaciones de vida asistida, por hasta $1,146.77, si se aplican las **dos** condiciones siguientes:
   - Su médico certifica (verbalmente o por escrito) que es probable que regrese a la casa, apartamento o habitación dentro de seis meses, y
   - Su cónyuge no vive en el apartamento, casa o habitación.

10. **Crédito por gastos médicos o de recuperación:** Los gastos médicos o recuperativos se utilizan en los programas Institutional Medicaid y Home and Community-Based Waivers para calcular los costos compartidos, y en el Medicaid Purchase Plan para calcular las primas. Si superan los $500 mensuales, se utilizan en el cálculo de cumplir los requisitos del MAPP. También se utilizan para ver si puede inscribirse en un plan deducible de Medicaid. Su administrador de cuidado o un trabajador de la

agencia puede ayudarlo a calcular sus gastos médicos o de recuperación.

Gastos médicos son los servicios o los artículos recetados o proporcionados por un médico con licencia médica profesional. La cantidad del crédito se basa en los gastos por diagnóstico, cura, tratamiento, prevención de la enfermedad o tratamiento que afecte cualquier parte del cuerpo.

Gastos de recuperación son los costos por los artículos o los servicios que se proporcionan con el propósito de remediar, aliviar o reducir una condición médica. Solo podrá obtener un crédito por los costos que usted tiene la responsabilidad de pagar y que no han sido pagados por ningún otro medio, como Medicaid, seguro particular o su empleador.

Sólo conseguirá un crédito por los costos que debe pagar y que no son pagados por otras fuentes, tales como Medicaid, seguro privado o su empleador

11. **Crédito por necesidades personales para Institutional Medicaid:** Este crédito es de $55.

12. **Crédito por ingresos exentos especiales:** Puede obtener un crédito mediante los siguientes:
    - Los ingresos que se utilizan para mantener a otros (consulte el número 14)
    - Los honorarios de abogados por orden judicial
    - Los honorarios del tutor por orden judicial y tutor especial asignado (guardian ad litem)
    - El crédito por gasto legal: El gasto por establecimiento y mantenimiento de tutela o colocación de protección por orden judicial, incluyendo los honorarios de abogados o pagos a tutores por orden judicial
    - Los gastos asociados con un plan de autosuficiencia (ver número 15)
    - Los gastos de trabajo relacionados con una discapacidad de trabajo (ver número 8)

13. **Crédito estándar:** Este crédito es de $20.

14. **Créditos por pago de manutención:** Es posible que pueda obtener un crédito para los pagos de manutención. Estos son pagos que un miembro de Medicaid for the Elderly, Blind or Disabled hace a otra persona fuera del hogar con el propósito de sustentar y mantener a esa persona. Estos pagos pueden ser ordenados por el tribunal o no ordenados por el tribunal.

15. **Crédito del Plan to Achieve Self-Support (PASS):** Un miembro cuya inscripción se basa en su ceguedad o discapacidad puede obtener un crédito por un PASS aprobado.

    Para calificar para este crédito, el miembro tiene que actuar de acuerdo con el plan de autosuficiencia. El plan tiene que:
    - Ser específico, actualizado y por escrito.
    - Ser aprobado por la Social Security Administration según se verifica mediante la presentación del plan y la carta de aprobación de la Social Security Administration.
    - Especificar la cantidad que haya que retirar y el costo y tiempo de espera necesario para lograr el objetivo.
    - Proporcionar para la identificación y segregación de las mercancías y el dinero acumulado y conservado.

NOTA: Los límites de ingresos y activos pueden cambiar cada año. Puede obtener los montos actualizados comunicándose con su agencia o llamando a servicios para miembros al 800-362-3002.

Límites de ingresos y activos del programa

Las secciones a continuación explicarán cómo se cuentan los ingresos y activos para cada plan de Medicaid. A continuación, se presentan las definiciones de algunos de los términos utilizados:

Ingresos de trabajo y salarios: este es el ingreso que usted gana de un trabajo o empleo. Generalmente, es el ingreso bruto que usted gana en forma de sueldo o salario. No obstante, también incluye las ganancias netas del empleo por cuenta propia.

Otros ingresos: Ingresos que obtiene de fuentes distintas al empleo activo. Algunos ejemplos incluyen ingresos de Seguro Social, anualidades o ingresos de fideicomisos, pensión alimenticia o pagos de manutención, pensiones o beneficios de jubilación y beneficios para veteranos.

Ingresos contados: Su ingreso bruto menos los créditos permitidos. Cada plan de Medicaid describirá cuáles créditos se permiten y cómo se calcula cada uno.

Ingresos no contados: Fuentes de ingresos que no se tienen en cuenta al comparar sus ingresos con los límites de ingresos de Medicaid.

Ejemplos de ingresos que no se cuentan incluyen:
- Subsidios del Department of Veterans Affairs (VA)
  - Ayuda y participación
  - Gastos médicos inusuales
- Algunos pagos a nativos norteamericanos

Activos
Algunos planes de Medicaid tienen límites de activos diferentes. Los límites de activos se mostrarán en la descripción de cada plan individual. Tiene que incluir los activos que posee o que posee juntamente con cualquier otra persona. No incluya el valor de las pertenencias personales dentro de la vivienda (como televisores, muebles, electrodomésticos).

Los activos pueden ser en forma de dinero, propiedad u otras posesiones que se puedan convertir en efectivo. Los siguientes son algunos ejemplos de activos:
- Dinero en efectivo
- Cuentas de ahorros o de cheques
- Certificados de depósitos
- Pólizas de seguro de vida
- Fondos fiduciarios
- Acciones y bonos
- Cuentas de retiro
- Intereses en anualidades
- Bonos de ahorros de los Estados Unidos
- Acuerdos de propiedad, contratos de obras, multipropiedad, propiedad de alquiler, patrimonio en vida (life estates), ganado, herramientas, maquinaria agrícola
- Planes Keogh y otras exenciones tributarias (tax shelters), bienes muebles detentados para fines de inversión

Para una lista completa de los activos contados, comuníquese con su agencia local.

Medicaid no cuenta ciertos activos. Aquellos que **no** se cuentan pueden incluir los siguientes:
- Un vehículo
- Ciertos bienes funerarios (que incluye seguro, fondos de fideicomiso y parcelas)
- Propiedad tribal
- Ropa
- Otros artículos de uso personal

Medicaid relacionado con el SSI
El Medicaid relacionado con el SSI es un plan de beneficios completo.

Límite de activos
El límite de activos para el Medicaid relacionado con el SSI es de $2,000 para una persona o de $3,000 para una pareja casada.

Prueba de ingresos
Se utilizan dos pasos para calcular sus ingresos y determinar si califica para Medicaid relacionado con el SSI:
1. Restar ciertos créditos a su ingreso bruto mensual para calcular el "ingreso contable." Los créditos incluidos en la siguiente ecuación se permiten en este cálculo de ingresos.

$	**Ingresos brutos**
	Crédito de $65 y ½ por ingresos ganados
	Crédito de ingresos exentos especiales
$20.00	**Crédito estándar de Medicaid**
$	**Ingresos contados**

2. Compare su ingreso contable con el límite de ingreso de Medicaid. El límite de ingreso se basa en si usted está casado o soltero.

Límites de ingresos de Medicaid relacionado con el SSI
Los siguientes son los límites de ingresos de Medicaid relacionado con el SSI para una sola persona y una pareja de casados.

Tamaño del grupo 1	Tamaño del grupo 2
$1,304.17	$1,762.50

Deducible de Medicaid
Una persona con ingresos contados superiores a $1,304.17 o una pareja con ingresos contados superiores a $1,762.50 puede calificar para el Medicaid relacionado con el SSI al cumplir con un deducible de Medicaid.

Si sus ingresos contados son superiores al límite de ingresos del Medicaid relacionado con el SSI, su deducible de Medicaid se calcula por un período de seis meses en función de la diferencia entre sus ingresos contados mensuales y $1,304.17 (soltero) o $1,762.50 (pareja).

Su monto deducible aparecerá en la carta de inscripción que reciba después de procesarse su solicitud.

Cálculo de su deducible
La siguiente ecuación muestra cómo se calcula su deducible:

Para cada mes del período de seis meses, determine:

	$	**Ingresos contados**
-	**$1,304.17 o $1,762.50**	**Límite de ingresos para una persona o pareja**
=	**$**	**Cantidad superior al límite de ingresos Período de seis meses**
=	**$**	**Cantidad deducible**

Sume las cantidades que contribuyó a que estuviera por encima del límite de ingresos en cada uno de los seis meses para obtener la cantidad deducible.

Puede usar los gastos de facturas médicas pagadas y no pagadas recientemente para cubrir el deducible. Tendrá que presentar documentación de los gastos a la agencia local. Una vez que usted ha cumplido con el deducible, Medicaid pagará por los servicios cubiertos hasta el final del período de los seis meses.

Ejemplos de costos médicos incluyen:
- Primas de seguros de salud.
- La porción de facturas médicas que debe pagar por usted, su cónyuge o sus hijos menores después de que Medicare y su seguro particular han pagado.

Una vez que ha cumplido con su deducible, usted tendrá un copago por ciertos servicios cubiertos por Medicaid. Para obtener más información sobre los servicios cubiertos, consulte el Apéndice B: Servicios cubiertos y copagos para el BadgerCare Plus y los programas de Medicaid (página 67).

Medicaid Purchase Plan (MAPP)
El Medicaid Purchase Plan (MAPP) es un plan de beneficios completo que brinda cobertura de atención médica a personas con discapacidades que están trabajando o que están inscritas en el Health and Employment Counseling (HEC) Program.

Límite de activos
Los activos contables totales de un solicitante o miembro del MAPP no pueden ser más de $15,000.

Los activos propiedad del cónyuge del solicitante no cuentan para este límite. Las cuentas de independencia (consulte la siguiente sección) tampoco cuentan para este límite.

Cuentas de independencia (Independence Accounts)
Los afiliados al MAPP pueden establecer una o varias cuentas de independencia para reservar una parte de sus ingresos laborales para la jubilación u otros fines. No existen restricciones en cuanto al uso del dinero.

Puede depositar hasta el 50% de sus ingresos brutos en su(s) cuenta(s) de independencia. El dinero que deposite mientras esté inscrito en el MAPP no cuenta para el límite de activos. En el momento de la renovación, si comprobamos que ha depositado en su(s) cuenta(s) de independencia más del 50% de sus ingresos brutos reales durante los últimos 12 meses, se le aplicará una penalización por prima.

Límite de ingresos
El límite de ingresos para el MAPP es el 250% del nivel de pobreza federal (consulte el Apéndice A: Límites de ingresos del programa en la página 66.

Prueba de ingresos
Sus ingresos mensuales y los ingresos mensuales de su cónyuge, si viven juntos, se cuentan en la prueba de ingresos para el MAPP.

	$	**Ingresos brutos ganados**
-		**Crédito de $65 y ½ por ingresos ganados**
-		**Gastos de trabajo relacionados con una discapacidad**
+		**Otros ingresos brutos**
-	**$20**	**Crédito de Medicaid Estándar**
-		**Crédito especial por ingresos exentos**
-		**Gastos médicos y recuperativos de su bolsillo si el total supera los $500**
-		
=	**$**	**Ingresos contados para el MAPP**

Sus ingresos contados se comparan con el nivel de pobreza federal (consulte el Apéndice A: Límites de

ingresos del programa en la página 66). Si sus ingresos contados son iguales o inferiores al 250% del nivel de pobreza federal para el tamaño de su grupo, se puede inscribir en el MAPP. Al determinar el tamaño de su grupo se incluirán a usted, su cónyuge y sus hijos menores dependientes (biológicos o adoptados) que vivan con usted. No se incluirán a sus hijastros en el tamaño de su grupo.

Primas y copagos del Medicaid Purchase Plan

Los miembros del MAPP con ingresos brutos mensuales superiores al 100% del nivel federal de pobreza (FPL) para un grupo de un solo miembro tendrán una prima (consulte el Apéndice A: Límites de ingresos del programa en la página 66). Sus primas se basan únicamente en sus ingresos. Además de la prima mensual, es posible que tenga copagos (consulte el Apéndice B: Los servicios cubiertos y los copagos de los programas BadgerCare Plus y Medicaid en la página 67).

Las primas se vencen el día 10 del mes. Si debe una prima y no la paga a tiempo, no podrá inscribirse en el MAPP durante tres meses, a menos que exista un buen motivo, tenga una exención temporal o pague todas las primas adeudadas.

Si debe una prima, pero no puede pagarla debido a que atraviesa una situación difícil, puede solicitar una exención temporal de la prima. Una exención temporal significa que está pidiendo no pagar su prima por un corto tiempo.

La guía del consumidor del Medicaid Purchase Plan (MAPP) contiene más información sobre las primas y la exención temporal de las mismas. Puede obtener la guía del consumidor del Medicaid Purchase Plan (MAPP) más actualizada en cualquier momento en dhs.wi.gov/library/p-00181.htm.

Para calcular la cantidad de la prima mensual, su agencia:

1. Determinará sus ingresos brutos de la prima sumando sus ingresos brutos mensuales de trabajo y los ingresos brutos no ganados.
2. Determinará los ingresos netos contables restando las siguientes deducciones de sus ingresos brutos de la prima:
   - Sus gastos mensuales verificados relacionados con la discapacidad en el trabajo (cualquier cantidad)
   - Sus gastos mensuales verificados de su bolsillo para gastos médicos y de rehabilitación (cualquier cantidad)
   - El ajuste actual por costo de vida no se tiene en cuenta desde el 1 de enero hasta la fecha en que el FPL entre en vigencia para ese año, si corresponde.
3. Determinará el ingreso neto de la prima restando el 100% del FPL para un tamaño de grupo de uno del ingreso neto contable. Si esto resulta en un número negativo, se cambiará a cero.
4. Multiplicará el ingreso neto de la prima por 3% (0.03).
5. Sumará la cantidad de la prima básica de $25 y redondeará al dólar entero más cercano.
6. Si corresponde, añadirá la cantidad excedente de la cuenta de independencia.

El resultado es la cantidad de su prima mensual.

Ejemplo: Sarah, un miembro del MAPP, tiene ingresos mensuales brutos de $2,200. Si se tienen en cuenta las deducciones permitidas en el cálculo de la prima, sus ingresos netos contables ascienden a $1,750. Su prima mensual del MAPP se calculará como se indica a continuación:

	$2,200	**Ingresos brutos de la prima**
-	**$300**	**Deducción mensual de IRWE**
-	**$150**	**Deducción mensual por razones médicas/correctivas**
=	**$1,750**	**Ingresos netos contables**
-	**$1,304.17**	**(100% del FPL)**
=	**$445.00**	**Ingresos netos de la prima**
	$445.00	**Ingresos netos de la prima**
x	**0.03**	**(3%)**
=	**$13.37**	
+	**$25**	**Monto de la prima básica**
=	**$38.37**	**(redondee al dólar entero más cercano)**

La prima mensual del MAPP de Sarah es de $38.

Servicios de cuidado a largo plazo

Algunas personas de 65 años o más, discapacitadas o ciegas necesitan ayuda para realizar las actividades de la vida diaria y para cuidar de su salud. Esta ayuda, llamada cuidado a largo plazo, incluye una amplia gama

de servicios, como cuidado personal, limpieza de la casa o enfermería.

El cuidado a largo plazo se proporciona en los hogares, los centros de cuidado residenciales o los hogares en grupo, en las instalaciones de enfermería, y en el lugar de trabajo.

El cuidado a largo plazo incluye cualquier servicio o apoyo que una persona necesite debido a la edad, discapacidad o enfermedad crónica que limite su capacidad para realizar las tareas cotidianas. Los servicios de cuidado a largo a plazo van más allá de los servicios que cubre el Medicaid relacionado con el SSI y están diseñados para responder a las necesidades especiales de las personas mayores y las personas con discapacidad.

Los servicios de apoyo y cuidado a largo plazo pueden incluir los siguientes:

- Servicios de enfermería
- Servicios de cuidado personal
- Servicios de salud domiciliaria
- Terapias
- Suministros médicos desechables
- Equipos médicos duraderos

Los lugares donde se ofrecen los servicios de cuidado a largo plazo incluyen:

- Hogar de la persona
- Hogar de ancianos
- Establecimiento residencial
- Establecimiento comunitario
- Hospital
- Institución para enfermedades mentales

Los programas de cuidado a largo plazo incluyen el Institutional Medicaid y los Home and Community-Based Waivers, que incluyen Children's Long-Term Support Services, Family Care, Family Care Partnership, IRIS, y PACE.

Límites de activos

Los límites de activos para una persona que solicita para un programa de cuidado a largo plazo son de $2,000. Si la persona que solicita para el programa de cuidado a largo plazo tiene un cónyuge en la comunidad, el cónyuge podrá mantener activos por encima del límite de $2,000 sin que esto afecte la inscripción del solicitante en cuidado a largo plazo. Consulte la sección Protección contra el empobrecimiento del cónyuge (página 39) para consultar el límite de activos cuando hay un cónyuge viviendo en la comunidad.

Prueba de ingresos

Los siguientes son los límites de ingresos mensuales para los planes específicos de cuidado a largo plazo (en las secciones siguientes se explican estos límites):

- Community Waiver o Family Care Medicaid Nivel 1—límite de ingresos mensuales: $2,901
- Institutional Medicaid Nivel 1— límite de ingresos mensuales: $2,901

Institutional Medicaid

El Institutional Medicaid ofrece cobertura de servicios médicos para aquellos que viven en instalaciones de atención médica, tales como instalaciones de enfermería especializada, servicios de cuidados intermedios, instituciones para la enfermedad mental y hospitales. Para calificar para el Institutional Medicaid, sus activos tienen que ser inferiores al límite de activos. El límite de activos para una persona es de $2,000. El límite de activos para una pareja casada se describe en la sección sobre las protecciones de empobrecimiento del cónyuge (página 39).

Hay dos formas de cumplir los requisitos para el Institutional Medicaid:

1. Sus ingresos brutos mensuales (ingresos de trabajo y salarios y otros ingresos) primero se comparan con el límite de ingresos del Nivel 1 (consulte la sección de Pruebas de ingresos en la página 36). Si sus ingresos brutos mensuales son inferiores al límite de ingresos del Nivel 1, es posible que pueda inscribirse en el Institutional Medicaid.
2. Si sus ingresos brutos mensuales son superiores al límite de ingreso del Nivel 1, sus ingresos brutos mensuales se comparan con el costo de sus necesidades médicas. Si sus ingresos brutos mensuales son inferiores a sus necesidades médicas mensuales, es posible que pueda inscribirse en el Institutional Medicaid.

Necesidad médica

Los gastos siguientes se utilizan para determinar sus necesidades médicas para el Institutional Medicaid.

	$55	**Asignación de necesidades personales**
+		**Tasa de atención privada de la atención institucional donde vive ***
+		**Costo del seguro médico**
+		**Crédito de ingreso exento especial**
+	_____	**Otros costos médicos**
=	**$**	**Necesidad médica**

*Este es el costo real de atención institucional.

Cálculo de responsabilidad fiscal del paciente para el Institutional Medicaid

Puede haber un costo mensual para una persona inscrita en el Institutional Medicaid.

Según sus ingresos y estado civil, es posible que tenga que pagar el costo de la atención médica. A esto se le llama responsabilidad del paciente. Medicaid pagará el resto de los servicios cubiertos por Medicaid.

El cálculo de la responsabilidad del paciente será diferente según su estado civil y si tiene dependientes que vivan con su cónyuge.

La responsabilidad del paciente para el Institutional Medicaid se calcula de la siguiente manera:

	$	**Ingresos brutos**
-		**Crédito por ingresos ganados de $65 y ½**
-		**Costo de la prima de seguro de la persona institucionalizada**
		Crédito de ingreso exento especial
-	**$55**	**Asignación de necesidades personales**
-		**Costos de mantenimiento de la casa por seis meses**
-		**Asignación de ingresos a un cónyuge de la comunidad o dependientes**
-		**Crédito por gastos médicos de recuperación**
=	**$**	**Costo compartido**

Exenciones basadas en el hogar y la comunidad para adultos (Home and Community-Based Waivers for Adults)

Estos planes se llaman Family Care, Family Care Partnership, PACE e IRIS. Estos planes permiten que las personas de 65 años o más, ciegas o discapacitadas vivan en entornos comunitarios en lugar de instituciones estatales u hogares de ancianos. Estos planes pagan por los servicios comunitarios que generalmente no están cubiertos por Medicaid. Para obtener servicios de cuidado a largo plazo a través de estos programas, debe:

- Cumplir con los requisitos de nivel de cuidado según lo determina el ADRC, su administrador de cuidado o la agencia consultora de IRIS.
- Cumplir con todas las reglas del programa.
- Residir en un entorno permitido por las políticas de las exenciones basadas en el hogar y la comunidad.
- Tener una determinación de discapacidad si tiene menos de 65 años y no está inscrito en otra forma de Medicaid de beneficio completo o BadgerCare Plus.
- De ser necesario, contribuir con el costo de los servicios de exención.
- Tener activos iguales o inferiores al límite de activos. (El límite de activos para una persona es de $2,000. El límite de activos para una pareja casada se describe en la sección Protección contra el empobrecimiento del cónyuge en la página 39.)

Servicios de apoyo para el cuidado a largo plazo de niños

El Children's Long-Term Support (CLTS) Waiver Program es un programa de exención basado en el hogar y la comunidad que brinda apoyo a los niños y a los jóvenes que viven en el hogar o en la comunidad y que tienen limitaciones sustanciales en múltiples actividades cotidianas como resultado de uno o más de los siguientes:

- Discapacidades intelectuales o del desarrollo
- Trastornos emocionales graves
- Discapacidades físicas

Para participar en el CLTS Waiver Program su hijo debe:

- Tener menos de 22 años.
- Cumplir los requisitos del Medicaid de Wisconsin.
- Vivir en casa, en un entorno de acogida temporal o en otro entorno comunitario.
- Ser evaluado para determinar su elegibilidad según el nivel de cuidado que necesita.
- Poder recibir un cuidado adecuado y seguro en el hogar o en la comunidad.

NOTA: El CLTS Waiver Program no tiene un límite de activos.

Los tres grupos con exenciones basadas en el hogar y la comunidad son grupo A, grupo B y grupo B Plus. No puede pertenecer a más de un grupo a la vez. Quizás tenga un costo compartido que tendrá que pagar

mensualmente para seguir recibiendo los beneficios de las exenciones basadas en el hogar y la comunidad. Su carta de decisión le informará si tiene un costo compartido y cuánto es. Además de un costo compartido, ciertos servicios que reciba requerirán un copago.

Exenciones del grupo A

Los miembros inscritos en el grupo A tienen que cumplir con los requisitos de elegibilidad funcional de las exenciones basadas en el hogar y la comunidad y también cumplir con las reglas de ingresos / activos y todas las demás reglas de BadgerCare Plus, Medicaid o Medicaid Purchase Plan. No es necesaria una prueba financiera adicional.

Como miembro del grupo A, no es necesario que pague un costo compartido mensual, pero tiene que pagar cualquier cantidad mensual asociada con BadgerCare Plus, Medicaid, o Medicaid Purchase Plan.

Exenciones del grupo B

Los miembros inscritos en el Grupo B deben cumplir con todas las reglas de elegibilidad funcional de las exenciones basadas en el hogar y la comunidad y tener un ingreso bruto mensual menor que el límite de ingresos de Medicaid de nivel 1 de la exención basada en la comunidad o cuidado familiar.

Si es un miembro del Grupo B, tal vez tenga que pagar un costo compartido. El costo compartido del grupo B se basa en su ingreso y los créditos permitidos. La participación en los gastos del Grupo B se calcula de la siguiente manera:

$	**Ingresos brutos mensuales**
	Crédito de exenciones comunitarias de mantenimiento personal
	Subsidio de manutención familiar
	Crédito especial de ingresos exentos
	Crédito de primas de seguro médico
	Crédito por gastos médicos/ de recuperación
$	**Costo compartido**

Exenciones del Grupo B Plus

Si sus ingresos brutos mensuales superan el límite de ingresos del Nivel 1, que es de $2,901, podrá inscribirse en las exenciones del Grupo B Plus si:

- Cumple todas las reglas de elegibilidad funcional de las exenciones basadas en el hogar y la comunidad **y**
- Tiene ingresos contados inferiores a sus necesidades médicas.

La mayoría de los miembros del Grupo B Plus tendrán que pagar un costo compartido. El costo compartido del Grupo B Plus se basa en sus ingresos y en los créditos permitidos. El costo compartido del Grupo B Plus se calcula de la misma manera que se calcula el costo compartido del Grupo B.

Family Care

El Family Care proporciona servicios de cuidado a largo plazo a personas de 65 años o más, ciegas o discapacitadas. Las reglas de ingresos de Family Care son las mismas reglas de ingresos de las exenciones basadas en el hogar y la comunidad. El Family Care también proporciona servicios de cuidado a largo plazo a personas que no necesitan el nivel de cuidado de un hogar de ancianos pero que necesitan ayuda para realizar las actividades de la vida diaria y cuidar de su salud si cumplen con las **dos** condiciones siguientes:

- El miembro cumple con las reglas del programa para cualquier plan de atención médica de beneficios completos, como BadgerCare Plus o Medicaid.
- Se solicitan los servicios de cuidado a largo plazo.

Family Care Partnership

El Family Care Partnership es un plan de beneficios completo que cubre la atención médica y los servicios de apoyo a largo plazo para personas de 65 años o más, ciegas o discapacitadas. Los servicios se proporcionan en la casa del miembro o en un lugar de su elección.

Los servicios que este plan cubre son similares a los de Family Care y a los de las exenciones basadas en el hogar y la comunidad con la excepción de que el Family Care Partnership también cubre los servicios de atención de urgencia y atención primaria.

El Family Care Partnership aún no está disponible en todos los condados.

Las reglas de inscripción del Family Care Partnership son similares a las exenciones basadas en el hogar y la comunidad o a las del Institutional Medicaid, dependiendo de sus circunstancias.

Protecciones contra el empobrecimiento del cónyuge

Se permiten las protecciones financieras especiales para el cónyuge y los dependientes de un miembro que recibe los cuidados a largo plazo para mantener los ingresos y los activos que son superiores a los límites financieros de Medicaid.

Límite de activos para la prevención del empobrecimiento del cónyuge

Para los casos de cuidado a largo plazo en los que uno de los cónyuges continúa viviendo en la comunidad, se aplican reglas de protección de activos especiales en el momento de la solicitud.

Evaluación de activos

La evaluación de activos la realiza su agencia para establecer el límite de activos de su solicitud de Medicaid a largo a plazo (Institutional Medicaid, Home and Community-Based Waivers, o Family Care).

Durante la evaluación de activos, se le pedirá que proporcione prueba de los activos que usted y su cónyuge poseían en la fecha del primer período continuo de institucionalización que duró 30 días o más, o en la fecha en que se determinó por primera vez que era funcionalmente elegible para Family Care, Family Care Partnership o IRIS, lo que ocurra antes.

Basándose en los documentos que proporcione, su agencia determinará el total de los activos contables de la pareja y la parte de los activos del cónyuge en la comunidad.

El límite de activos para un solicitante es de $2,000, más la participación en los activos del cónyuge en la comunidad. La participación de activos del cónyuge en la comunidad es la cantidad de activos contados por encima de $2,000 que el cónyuge en la comunidad o la persona institucionalizada, o ambos, pueden tener en el momento en que la persona institucionalizada quiere inscribirse en el Medicaid de cuidado a largo plazo.

Una vez que el cónyuge en la institución está inscrito en Medicaid de cuidado a largo plazo, los activos del cónyuge en la comunidad no se consideran disponibles para el cónyuge institucionalizado.

Los siguientes son los detalles de cómo se determinan la participación de los activos comunitarios y el límite de activos:

- Si el total de los activos contables de la pareja es de $315,840 o más, entonces la participación en los activos del cónyuge en la comunidad es de $157,920; el límite de activos de Medicaid para el cuidado a largo plazo en el momento de la solicitud de cuidado a largo a plazo es de $159,920 ($157,920 + $2,000).
- Si el total de activos contables de la pareja es menos de $315,840 pero mayor de $100,000, entonces la porción de los activos del cónyuge en la comunidad es la mitad del total de activos contables; el límite de activos de Medicaid de cuidado a largo plazo es la mitad del total de activos contables más $2,000.
- Si el total de activos contables de la pareja es de $100,000 o menos, entonces la porción de activos del cónyuge en la comunidad es de $50,000; el límite de activos del Medicaid de cuidado a largo plazo es de $52,000 ($50,000 + $2,000).

El cónyuge en una institución no puede estar inscrito en el Medicaid de cuidado a largo plazo mientras el total de los activos del cónyuge en la comunidad y del cónyuge en una institución superen el límite de los activos combinados de $2,000 más la participación en los activos del cónyuge en la comunidad.

El exceso de activos (activos que superen el límite de los activos) puede reducirse a límites permitidos si se utilizan para pagar los gastos de un hogar de ancianos o de cuidado de la casa, u otras cosas tales como reparaciones o mejoras domiciliarias, reparación o reemplazo del vehículo, gastos en ropa u otros gastos domésticos.

Cálculo del empobrecimiento del cónyuge

El límite de ingreso para la atención a largo plazo es el mismo ya sea que la persona institucionalizada tenga o no un cónyuge o familiares dependiente en la comunidad. No obstante, para la persona que sí tiene un cónyuge en la comunidad, a la persona que solicita o está inscrita en el programa de cuidado a largo plazo se le permite dar parte de sus ingresos al cónyuge en la comunidad y a familiares dependientes que vivan con el cónyuge. A esto se le llama una asignación de ingreso.

Asignación de ingresos del cónyuge en la comunidad
La asignación de ingresos del cónyuge en la comunidad se calcula restando el ingreso bruto del cónyuge en la comunidad de la asignación máxima del cónyuge en la comunidad.

	$	Asignación máxima del cónyuge en la` comunidad
-		Ingreso bruto del cónyuge en la comunidad
=	$	Asignación de ingreso del cónyuge en la comunidad

La asignación máxima del cónyuge en la comunidad es la menor de las dos cantidades siguientes:

- $3,948.00 (a partir del 1 de enero de 2025).
- $3,525.00 (a partir del 1 de julio de 2025) más un exceso de subsidio de vivienda (véase más abajo).

Estas cantidades pueden actualizarse cada año.

Subsidio de exceso de vivienda del cónyuge en la comunidad
A partir del 1 de julio de 2025, el exceso de subsidio de vivienda para el cónyuge en la comunidad es cualquier gasto de vivienda que supere la cantidad base de vivienda de $1,057.50.

Esta cantidad puede actualizarse cada año.

Exceso de subsidio de vivienda

	$	Alquiler
+		Hipoteca (capital e interés)
+		Impuesto a la propiedad
+		Seguro de propietario o arrendatario
+		Cuota de condominio
+		Cantidad de servicios públicos estándar
=	$	Total de gastos de vivienda
-	$1,057.00	Cantidad base de vivienda
=	$	Exceso de subsidio de vivienda

Asignación de ingresos del miembro de la familia dependiente
La asignación de ingresos del miembro de la familia dependiente se calcula restando el ingreso del miembro de la familia dependiente del estándar de asignación de ingresos del miembro de la familia dependiente ($2,643.75 a partir del 1 de julio de 2025) y dividiendo el resultado por tres.

	$2,643.75	Asignación de ingresos estándar del familiar dependiente
-		Ingresos del familiar dependiente
=	$	
/	3	
=	$	Asignación de ingresos del familiar dependiente

Subsidio de manutención familiar
El subsidio de manutención familiar se destina a la manutención de los hijos menores del beneficiario de cuidados a largo plazo cuando no se aplica la protección contra el empobrecimiento del cónyuge.

Cuando un miembro del Institutional Medicaid o de exenciones del Grupo B o B+ es padre de uno o más niños menores de 18 años y no hay un cónyuge en la comunidad, la asignación de manutención familiar se calcula utilizando los siguientes pasos:

1. Sume los ingresos mensuales brutos de todos los hijos menores del miembro que no viven con un cónyuge comunitario.
2. Compare los ingresos brutos de los niños con el 100% del nivel federal de pobreza (FPL) para un tamaño de familia igual al número de hijos menores que no viven con un cónyuge en la comunidad.
3. El monto de la asignación de manutención familiar es la diferencia entre el ingreso bruto total de los hijos y el monto del FPL aplicable. Si el ingreso bruto de los hijos es mayor que el estándar del FPL aplicable, no se deduce ninguna asignación de manutención familiar.

Nivel de pago del SSI más el suplemento E para una persona
Esta cantidad es de $1,146.77 a partir del 1 de enero de 2025.

Si el ingreso ajustado del cónyuge es mayor que el nivel de pago del SSI más el suplemento E (gasto excepcional) para una persona, no hay subsidio de manutención familiar.

Si los ingresos ajustados del cónyuge son inferiores al nivel de pago del SSI más el Suplemento E para una persona, el subsidio de manutención familiar se calcula de la forma siguiente:

	$1,146.77	Nivel de pago del SSI más el suplemento E para una persona
-		Ingresos ajustados del cónyuge
=	$	Subsidio de manutención familiar

Desinversión (Divestment)

La desinversión significa regalar recursos, como ingresos, activos no exentos y propiedades por menos

del valor justo de mercado para inscribirse en los servicios de cuidado a largo plazo de Medicaid. La desinversión puede incluir dar regalos en efectivo o viajes o establecer fideicomisos para familiares, ya sean adultos o niños. El valor justo de mercado es un estimado del precio por el cual se podría haber vendido un bien en el mercado libre al momento en que se regaló o vendió a menos del valor. La desinversión también es una medida que se toma para evitar recibir ingresos o activos que usted tiene derecho a recibir.

La desinversión de recursos financieros dentro de los 60 meses anteriores a su solicitud de servicios de cuidado a largo plazo de Medicaid, o después de estar inscrito, puede dar lugar a un período de penalización por desinversión.

La transferencia de activos o bienes de familia no exentos por menos del valor justo del mercado por parte del cónyuge en la comunidad, dentro de los primeros cinco años después de que el miembro de Medicaid se considere que reúne los requisitos también se considera una desinversión y resultará en una penalización de desinversión para el miembro de Medicaid.

Medicaid no pagará por los beneficios de cuidado a largo plazo a través de los planes Institutional Medicaid, Family Care, Family Care Partnership, PACE o IRIS durante un período de penalización por desinversión. El período de penalización por desinversión se calcula de la siguiente forma:

	$	**Cantidad de la desinversión**
÷		**Tarifa diaria promedio del hogar de ancianos ($340.99 a partir del 1 de enero de 2025)**
=	_____	**Duración del período de sanción por desinversión (en días)**

Estate Recovery Program

El Estate Recovery Program de Wisconsin recupera el dinero pagado por Medicaid o BadgerCare Plus para ciertos servicios de cuidado a largo plazo, después de que un miembro haya fallecido. A esto se le llama recuperación. Se recuperan los bienes de los miembros tras su fallecimiento, los bienes de sus cónyuges supervivientes, ciertos bienes no testamentarios (bienes no otorgados por el testamento de una persona fallecida) y los gravámenes colocados sobre sobre sus casas.

Los fondos recuperados se devuelven a los programas de los que provienen y se utilizan para pagar el cuidado de otros miembros. Para obtener más información sobre el Estate Recovery Program:

- Lea el manual del Estate Recovery Program en dhs.wi.gov/library/P-13032.htm.
- Vaya a dhs.wi.gov/medicaid/erp.htm.
- Comuníquese con su agencia local en dhs.wi.gov/im-agency.
- Llame a servicios para miembros al 1-800-362-3002 (voz) o al 711 (TTY).
- Escriba a:

  Department of Health Services
  Estate Recovery Program
  P.O. Box 309
  Madison, WI 53701-0309

Tarjeta de ForwardHealth

Cada persona en BadgerCare Plus o Medicaid recibirá una tarjeta de ForwardHealth. Debe guardar su tarjeta de ForwardHealth a menos que le envíen una nueva tarjeta o su agencia le diga que la tire. **No** recibirá una nueva tarjeta cada vez que se inscriba en los beneficios a menos que pida una nueva.

También puede ver su tarjeta de ForwardHealth digital en la aplicación móvil MyACCESS o descargar e imprimir una versión en PDF de su tarjeta de ForwardHealth. La tarjeta digital se puede utilizar de la misma forma que la tarjeta física.

Es posible que deba mostrar su tarjeta de ForwardHealth digital, impresa o física y una prueba de identificación en cada visita al proveedor de atención médica. Sus proveedores de atención médica pueden incluir un médico de atención primaria, un proveedor de salud mental, un médico especializado, un proveedor de cuidado personal, un proveedor de atención médica a domicilio, una clínica, una farmacia o un hospital.

Su tarjeta de ForwardHealth no muestra las fechas en que está inscrito. Recibirá una carta de inscripción por correo de su agencia con las fechas de inscripción.

Si surge una emergencia y no tiene su tarjeta con usted cuando recibe los servicios, proporcione su número de tarjeta de ForwardHealth a todos los que le brindaron los servicios lo antes posible.

Planes de atención médica con cobertura limitada

Family Planning Only Services

Ciertas personas con un ingreso igual o inferior a $3,990.76* al mes pueden obtener Family Planning Only Services.

*En vigor desde el 1 de febrero de 2025. Esta cantidad puede cambiar cada año.

Consulte la sección Cómo se calculan los ingresos en la página 23 para saber cómo se cuentan los ingresos en el Family Planning Only Services.

Puede hacer su solicitud en línea en access.wi.gov o llamando a su agencia.

Para reunir los requisitos del programa Family Planning Only Services, tiene que:

- Ser ciudadano americano o tener una clasificación migratoria.
- Estar en edad fértil o reproductiva.
- Tener ingresos mensuales iguales o inferiores al 300% del nivel de pobreza federal. (Se cuentan sólo sus ingresos, sus activos no se cuentan.)
- No estar inscrito en BadgerCare Plus o Medicaid. (Puede estar inscrito en un seguro médico privado mientras está inscrito en el programa Family Planning Only Services.)

NOTA: No se tendrá en cuenta la cantidad de sus ingresos equivalente al 6% del nivel federal de pobreza. Consulte la sección Ingresos no considerados en la página 29 para obtener más información.

NOTA: Los siguientes servicios podrían cambiar. Pregúntele a su proveedor para ver si el servicio que necesita está cubierto.

A través de una visita inicial o de rutina relacionada con la planificación familiar, los siguientes servicios pueden estar cubiertos:

- Los servicios y suministros anticonceptivos (suministros de control de la natalidad, como píldoras anticonceptivas, condones y dispositivos intrauterinos). Los anticonceptivos orales de venta libre están cubiertos sin necesidad de receta médica. Debe tener una receta de un médico, enfermera especializada, asistente médico o enfermera partera para otros servicios y suministros anticonceptivos.
- Los suministros de planificación familiar natural.
- Las pruebas de Papanicolaou.
- Los servicios primarios preventivos de rutina que están relacionados con la planificación familiar.
- Las pruebas y el tratamiento para enfermedades de transmisión sexual e infecciones como chlamydia, herpes, gonorrea y sífilis, así como algunos otros exámenes de laboratorio.
- Las vacunas contra las infecciones de transmisión sexual (VPH, hepatitis A y B, Mpox)
- Las esterilizaciones voluntarias realizadas a personas mayores de 21 años.

NOTA: Solo ciertos servicios están cubiertos bajo el programa Family Planning Only Services.

Los servicios no cubiertos incluyen, pero no se limitan a los siguientes:

- Histerectomías.
- Servicios de hospitalización.
- Mamografías.
- Vacunas, distintas de las vacunas contra las infecciones de transmisión sexual.
- Otros servicios proporcionados durante una visita de planificación familiar que no están relacionados con la planificación familiar.

Debe informar a su proveedor de atención médica que tiene este plan, antes de recibir servicios. Su proveedor le debe informarle si un servicio no está cubierto.

Si un servicio no está cubierto y aún quiere recibir el servicio, tendrá que pagar por este servicio. También puede llamar al número en la parte posterior de su tarjeta FowardHealth y preguntar si un servicio está cubierto.

Este es un plan limitado. Tal vez pueda inscribirse en el Plan de BadgerCare Plus, que es un plan de beneficios completo. Consulte la sección de BadgerCare Plus en la página 23 para obtener información sobre la solicitud de BadgerCare Plus.

La ley federal permite a los miembros elegir su proveedor, incluyendo a los médicos y las clínicas de planificación familiar, para los servicios de planificación familiar y los suministros. Esto significa que también puede ir a cualquier clínica de planificación familiar que acepte su tarjeta de identificación ForwardHealth, incluso si la clínica no es parte de su HMO.

Si desea más información o tiene preguntas, vaya a dhs.wi.gov/fpos/index.htm o llame a servicios para miembros al 800-362-3002.

Medicare Savings Program

El Medicaid de Wisconsin puede ayudar a pagar ciertos costos de Medicare, si solicita y califica para el Medicare Savings Program (también llamado Premium Assistance).

Este programa está destinado a las personas que reúnen los requisitos para participar en Medicare y que tienen ingresos bajos y activos limitados. Los límites de activos para el Programa de ahorro de Medicare (Medicare Savings Program), con una excepción para los trabajadores discapacitados calificados (Qualified Disabled and Working Individuals), son:

Tamaño del grupo	Límite de activos
1	$9,660
2	$14,470

No todos sus ingresos y activos se contarán al considerar si puede inscribirse en unos de los planes del Programa de ahorro de Medicare (Medicare Savings Program). El límite de ingreso y activos puede cambiar cada año. Para las cantidades actuales, vaya a dhs.wi.gov/forwardhealth/resources.htm o llame a servicios para miembros al 800-362-3002.

Qualified Medicare Beneficiary (QMB)

Medicaid pagará por las primas de Medicare Parte A y B, el coaseguro de Medicare, y los deducibles de Medicare si se cumple **todos** los requisitos siguientes:

- Tiene derecho a los beneficios de la Parte A o la Parte B Immunosuppressive Drug (B-ID) de Medicare.
- Tiene activos iguales o inferiores al límite del plan.
- Tiene un ingreso mensual igual o inferior al 100% del nivel de pobreza federal, después de restar ciertos créditos.

Specified Low-Income Medicare Beneficiary

Medicaid pagará por las primas del Medicare Parte B o Parte B-ID, si cumple t**odos** los requisitos siguientes:

- Actualmente recibe los beneficios de la Parte A o la Parte B-ID.
- Tiene activos iguales o inferiores al límite del plan.
- Tienen ingresos mensuales entre 100% y 120% del nivel federal de pobreza después de restar ciertos créditos.

Specified Low Income Medicare Beneficiary Plus

Medicaid pagará las primas de Medicare Parte B o Parte B-ID si se cumplen **todos** los requisitos siguientes:

- Actualmente recibe Medicare Parte A o Parte B-ID.
- Tiene activos iguales o inferiores al límite del programa.
- No está inscrito en Medicaid.
- Tiene ingresos mensuales entre 120% y 135% del nivel federal de pobreza después de restar ciertos créditos.

Qualified Disabled and Working Individuals

Los límites de activos para las personas discapacitadas y que trabajan son:

Tamaño del grupo	Límites de activos
1	$4,000
2	$6,000

Medicaid pagará las primas de la Parte A si **todo** lo siguiente es cierto:

- Tiene una discapacidad.
- Está empleado.
- Tiene derecho a Medicare Parte A.
- Tiene activos iguales o inferiores al límite del programa.
- Tiene ingresos mensuales iguales o inferiores al 200% del nivel de pobreza federal después de restar ciertos créditos.
- No está inscrito en Medicaid.

Cuando se iniciarán sus pagos

Si está inscrito en cualquiera de los planes del Programa de ahorro de Medicare (Medicare Savings Program), los pagos tardarán al menos dos meses en comenzar. Este es el tiempo que se necesita para que los pagos sean

ajustados por el Medicaid de Wisconsin, el Medicare y la Social Security Administration.

Cuando Medicaid comience a pagar por sus primas de Medicare, su cheque de Social Security aumentará. Si los pagos no comienzan inmediatamente puede recibir un reembolso de la Social Security Administration.

Cálculos del programa de ahorro de Medicare (Medicare Savings Program Calculations)
Sus ingresos contados para el Programa de ahorro de Medicare (Medicare Savings Program) se calculan de la siguiente forma:

$		**Ingresos ganados**
-		**Crédito de $65 y ½ por ingresos ganados**
-		**Otros ingresos**
-		**Crédito de ingreso exento especial**
-	**$20**	**Crédito estándar de Medicaid**
=	**$**	**Ingresos contados**

SeniorCare Prescription Drug Assistance Program

El SeniorCare ayuda a las personas mayores de Wisconsin con el costo de sus medicamentos recetados. Para inscribirse en SeniorCare, debe:

- Ser un residente de Wisconsin.
- Ser un ciudadano de los Estados Unidos o tener un estatus migratorio que cumple los requisitos.
- Tener 65 años o más.
- Pagar una cuota anual de inscripción de $30 por persona.
- No estar inscrito en un programa de Medicaid de beneficios completos.

Sólo se cuentan ciertos ingresos para SeniorCare. Los activos como cuentas de banco, pólizas de seguro, propiedades de casa, no se cuentan.

Niveles de cobertura

Los miembros de SeniorCare están sujetos a ciertos gastos de bolsillo o a copagos anuales dependiendo de sus ingresos anuales. La cobertura de medicamentos puede variar según el nivel de inscripción.

Hay cuatro niveles de inscripción para SeniorCare basados en los límites de ingresos (a partir del 1 de febrero de 2025):

- **Nivel 1**: Para aquellas personas con ingresos anuales iguales o inferiores a $25,040 (individual) o $33,840 (pareja).
- **Nivel 2a:** Para aquellas personas con ingresos anuales de $25,041 a $33,841 (individual) o $31,300 a $42,300 (pareja).
- **Nivel 2b**: Para aquellas personas con ingresos anuales de $31,301 a $36,144 (individual) o $33,841 a $42,300 (pareja).
- **Nivel 3:** Para aquellas personas con ingresos anuales iguales o superiores a $37,561 (individual) o $50,761 o más (pareja).

NOTA: No hay límite de activos para el programa SeniorCare.

Puede solicitar SeniorCare llenando el formulario de solicitud de SeniorCare (Formulario F-10076). Para obtener una solicitud o más información sobre el SeniorCare, póngase en contacto con el servicio de atención al cliente de SeniorCare al 800-657-2038 o vaya a dhs.wi.gov/seniorcare/index.htm.

Tarjeta de SeniorCare

Todas las personas inscritas en SeniorCare recibirán una tarjeta de SeniorCare. Si es la primera vez que recibe beneficios de SeniorCare, su tarjeta SeniorCare debería llegar por correo 10 días después de que se haya inscrito.

Puede ver su tarjeta de SeniorCare digital en la aplicación móvil MyACCESS o descargar e imprimir una copia de su tarjeta en versión PDF. La tarjeta digital de SeniorCare se puede utilizar en cualquier momento en lugar de su tarjeta física. También puede mostrar la versión impresa de su tarjeta de SeniorCare en lugar de la tarjeta física o digital. Es posible que deba mostrar su tarjeta de SeniorCare digital, impresa o física y una identificación en cada visita a la farmacia.

Si tiene preguntas sobre su tarjeta, póngase en contacto con el Servicio de atención al cliente de SeniorCare al 800-657-2038.

Tuberculosis-Related Medicaid

El beneficio Tuberculosis-Related Medicaid ayuda a pagar algunos de los gastos médicos para fines de atención de la infección o la enfermedad de tuberculosis (TB).

Para obtener este beneficio, debe cumplir con las reglas de ingresos y activos y haber sido infectado de tuberculosis. Para una persona, el límite de ingresos brutos mensuales es de $2,019*. Para una pareja casada, el límite de ingresos brutos mensuales es de $2,985*. (Consulte las reglas y los límites de ingresos que empieza en la página 23).

*En vigor a partir del 1 de enero de 2025. Estas cantidades pueden cambiar cada año.

El beneficio Tuberculosis-Related Medicaid solo cubrirá los servicios directamente relacionados con el cuidado de la tuberculosis. Estos incluyen:

- Servicios médicos
- Medicamentos recetados
- Exámenes de laboratorio y rayos x
- Servicios clínicos
- Servicios de gestión de casos específicos
- Servicios diseñados para alentar terminar el tratamiento
- Servicios necesarios debido a los efectos secundarios de los medicamentos recetados para el cuidado de la tuberculosis

NOTA: El beneficio Tuberculosis-Related Medicaid no paga por las estadías en un hospital ni por el alojamiento y comida.

Emergency Services Plan

El Emergency Services Plan proporciona cobertura a corto plazo para algunas personas que tienen una condición médica de emergencia y cumplen con todas las reglas del programa, excepto por su estado de inmigración. Si tiene entre 19 y 64 años, no puede inscribirse en el Emergency Services Plan a menos que tenga una discapacidad, esté embarazada o viva o cuide a un niño menor de 19 años que sea pariente suyo.

Se considera una emergencia médica a un problema médico que puede poner en riesgo serio su salud si no recibe atención médica inmediata.

El Emergency Services Plan sólo pagará por la atención médica que reciba debido a una condición médica de emergencia.

NOTA: El Emergency Services Plan no garantiza que la atención médica que reciba esté cubierta. Tendrá que pagar el costo de la atención médica que reciba si no se considera una emergencia.

Información importante para todos los planes de atención médica

Planes con deducibles

Es posible que pueda inscribirse en un plan con deducibles si se considera uno de los siguientes:

- Una persona embarazada con ingresos de más del 306% del nivel federal de pobreza.
- Un niño menor de 19 años con ingresos de más del 306% del nivel federal de pobreza.
- Un niño menor de 19 años con ingresos superiores al 156% del nivel federal de pobreza y cobertura de seguro médico patrocinado por el empleador donde el empleador paga el 80% o más de la prima.
- Una persona de 65 años o más, ciega o discapacitada con ingresos familiares superiores al 100% del nivel federal de pobreza.

Para los niños, el deducible es la diferencia entre el ingreso familiar y el 150% del nivel federal de pobreza durante un período de seis meses. Para las personas embarazadas que no soliciten el Prenatal Plan de BadgerCare Plus, el deducible es la diferencia entre el ingreso familiar y el 300% del nivel federal de pobreza durante un período de seis meses.

Con el propósito de determinar el deducible, los ingresos familiares incluyen los ingresos de la persona, de su cónyuge (si está casado) y de sus padres (si es menor de 19 años). No se incluyen los ingresos de hermanos, dependientes de impuestos y otros miembros de la familia.

Cómo calcular su deducible

La siguiente ecuación muestra cómo se calcula el deducible de un niño en una familia de tres:

$	**Ingresos contabilizados**
$ 3,331.25	**Límite de ingresos mensuales para 3 personas**
$	**Cantidad que excede el límite de ingresos**

Sume las cantidades que excedieron el límite de ingresos en cada uno de los seis meses para obtener la cantidad deducible.

Puede utilizar el costo de las facturas no pagadas y las recientemente pagadas por gastos médicos o de recuperación para cumplir con su deducible. Tendrá que proporcionar documentación de los gastos a su agencia local. Una vez que su deducible se haya cumplido, Medicaid pagará los servicios cubiertos hasta el final del período de seis meses. También puede pagar por adelantado toda o parte de la cantidad del deducible a su agencia local.

Si paga la cantidad total del deducible, reunirá los requisitos de Medicaid por todo el período de seis meses.

Entre los ejemplos de gastos médicos se incluyen:

- Las primas de seguro médico, incluyendo Medicare.
- La parte de las facturas médicas que debe pagar usted, su cónyuge y sus hijos menores de edad después de que Medicare y el seguro privado hayan pagado.

Cuando la persona embarazada o el niño y sus padres tienen gastos médicos que se suman a la cantidad del deducible, el niño o la persona embarazada se inscribirá en BadgerCare Plus y no tendrán primas ni copagos. Los gastos médicos de los hermanos no pueden utilizarse para el deducible de un niño.

Límites para los servicios de emergencia

Todos los planes de atención médica tienen límites en sobre cuándo se puede usar los servicios de la sala de urgencias y ambulancia. Estos servicios sólo pueden utilizarse en caso de emergencia.

Las emergencias son situaciones que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte o daños graves a la salud. Los casos que no son de emergencias son enfermedades, lesiones o necesidades médicas que generalmente se atienden en el consultorio del médico.

Algunos ejemplos de casos que no son de emergencia incluyen los siguientes:

- Necesita surtir una receta (*prescription refills*)
- Heridas o quemaduras menores
- Sarpullido (*skin rash*)
- Esguince o torcedura
- Dolor de espalda
- Dolor de dientes
- Síntomas de resfriados o gripe
- Dolor de cabeza común
- Necesita un chequeo
- Necesita una prueba de embarazo, una prueba médica u otra prueba de laboratorio
- Tiene una condición existente que no haya cambiado o empeorado de repente

No se cubrirá el uso de la sala de emergencia ni los viajes en ambulancia porque le resulta más fácil utilizar estos servicios. Para evitar el uso de las salas de emergencia y los servicios de ambulancia:

- Tenga un médico regular.
- Mantenga sus citas.
- Llame a la línea de su médico o enfermera sobre sus necesidades médicas, si hay alguna disponible para usted.

Autorización previa de los servicios

Algunos servicios deben ser aprobados antes de que usted pueda recibirlos. Esto se denomina "autorización previa."

Su proveedor pide la aprobación para estos servicios a ForwardHealth. Si su proveedor no obtiene la aprobación los servicios, ForwardHealth no pagará por los servicios. El proveedor entonces será responsable del costo del cuidado proporcionado. Si decide recibir un servicio aún después de saber que la aprobación ha sido negada, el proveedor puede cobrarle a usted por el servicio.

Si recibe una factura

El ForwardHealth le paga a su proveedor por los servicios cubiertos. Un proveedor no le debe pedir a usted, a su familia u a otros, que paguen otra cosa que no sea el copago de los servicios cubiertos. Si usted recibe algo que parezca una factura, póngase en contacto con el proveedor que le está cobrando. Los proveedores conocen los límites de cobertura de ForwardHealth. El proveedor le debe informar si ForwardHealth no cubre un servicio antes de proporcionar dicho servicio.

Inscripción en una HMO de BadgerCare Plus o Medicaid

Uno de los muchos beneficios de inscribirse en BadgerCare Plus y Medicaid es que usted y su familia también estarán inscritos en una HMO.

Una HMO dispone de una red de médicos, hospitales y clínicas que trabajan juntos para ayudarle a administrar su atención médica.

Inscripción en una HMO

La mayoría de los miembros de BadgerCare Plus o SSI Medicaid tienen que inscribirse en una HMO. Algunos miembros no tienen que inscribirse en una HMO, pero pueden optar por inscribirse en una HMO. Otros no pueden inscribirse en una HMO. Si se le exige que se inscriba en una HMO, o si puede optar por inscribirse, recibirá por correo un paquete de inscripción en una HMO con información sobre sus opciones de HMO e información sobre cómo elegir una HMO.

Los miembros de BadgerCare Plus o Medicaid SSI pueden usar el sitio web de ACCESS en access.wi.gov para buscar médicos y clínicas, comparar las HMO en su área y elegir una HMO. Los miembros también pueden actualizar sus opciones de HMO utilizando el sitio web de ACCESS.

Después de inscribirse en una HMO, obtendrá toda su atención médica de los proveedores contratados con su HMO. Su HMO le enviará un paquete para miembros que indica los médicos, hospitales y clínicas que puede usar. También le explicará los servicios que brinda su HMO.

Solo puede recibir atención de proveedores fuera de su HMO si:

- Se trata de una emergencia.
- Su HMO dice que puede consultar a otro médico.
- El servicio está cubierto por Medicaid pero no está cubierto por su HMO (por ejemplo, los servicios dentales o quiroprácticos).

Usted es responsable de pagar el costo de cualquier servicio que no sea proporcionado por su HMO o un proveedor de BadgerCare Plus o Medicaid.

Si no elige una HMO y se le exige que se inscriba en una, se le asignará una HMO. Después de inscribirse en

una HMO, dispone de 90 días para cambiar de HMO si no le gusta la que le han asignado.

Beneficios de una HMO

Mejor acceso a la atención médica

El trabajo de su HMO es proporcionarle la atención que necesita cuando la necesita. Su HMO tiene una variedad de médicos, especialistas, clínicas y hospitales para que usted elija. Su HMO lo apoyará y le ayudará a conseguir citas con médicos o especialistas que podrían ser difíciles de conseguir para los que no son miembros de la HMO. Las HMO se aseguran de que pueda ver a un médico de atención primaria dentro de los 30 días posteriores a la llamada y a un proveedor de salud conductual dentro de los 30 días posteriores a una estadía de salud mental como paciente interno.

Si tiene un médico o proveedor que no forma parte de una HMO, su HMO le permitirá ver a ese proveedor durante 90 días después de que se inscriba para continuar con su atención.

Si actualmente tiene aprobación para recibir ciertos servicios de Medicaid de pago por servicio, su HMO le permitirá continuar recibiendo esos servicios del mismo proveedor durante 90 días después de inscribirse.

Atención personalizada y coordinada

Su HMO cuenta con un administrador de atención que:

- Lo apoyará.
- Trabajará con usted para desarrollar un plan de atención para garantizar que reciba la atención que necesita.
- Lo ayudará a programar citas con los proveedores.
- Revisará las instrucciones del médico junto con usted.
- Lo ayudará con sus medicamentos.
- Le hará un seguimiento tras una estadía en el hospital o una visita a la sala de emergencias.

Su administrador de cuidados puede referirlo a los recursos en la comunidad para que le ayuden con otros problemas que puedan afectar su bienestar, como la vivienda, el empleo, la ayuda legal, la seguridad alimentaria, el transporte y el cuidado de los niños.

Mayor calidad

Se requiere que su HMO le brinde toda la atención que necesita y a la vez cumplir con altos estándares de atención. Como parte de la atención de alta calidad que proporcionan las HMO, se comunicarán con usted para evaluar sus necesidades de atención médica para que puedan conectarlo con los servicios, y pueden proporcionarle recordatorios de los servicios importantes que necesita.

Salvaguardias de los miembros

Si tiene problemas para obtener los servicios de atención médica a través de su HMO, existen recursos para ayudarlo. Los recursos incluyen defensores a través de su HMO y del Disability Rights Wisconsin, un defensor del pueblo *(ombudsman)* y un especialista en inscripción.

Cobertura de pago por servicio

Los miembros que no se inscriban en una HMO obtienen cobertura de atención médica de pago por servicio. Con la cobertura de pago por servicio, puede recibir servicios de cualquier médico o proveedor que acepte BadgerCare Plus o Medicaid. Consulte con su proveedor de atención médica para saber si acepta BadgerCare Plus o Medicaid. Su proveedor de atención médica colaborará con BadgerCare Plus o Medicaid para decidir si un servicio debe o no estar cubierto. Si el servicio debe estar cubierto, entonces BadgerCare Plus o Medicaid pagarán al médico por el servicio.

Si necesita ayuda para encontrar un proveedor que acepte BadgerCare Plus o Medicaid de pago por servicio, llame a servicios para miembros al 800-362-3002 y solicite ayuda.

Si hay una emergencia y no tiene su tarjeta ForwardHealth con usted cuando reciba servicios, dele su número de tarjeta ForwardHealth a todos los proveedores que proporcionaron los servicios tan pronto como sea posible.

Informe sus cambios

BadgerCare Plus y Medicaid

Tanto para BadgerCare Plus como para Medicaid, debe informar los siguientes cambios a su agencia dentro de los 10 días de haber ocurrido el cambio:

- Hay un cambio en donde vive o donde se hospeda, incluida la residencia en Wisconsin. Una persona sin hogar que vive en Wisconsin tiene que estar físicamente presente en Wisconsin.
- Alguien se muda dentro o fuera de su casa.

- Alguien entra a la cárcel o prisión o sale de la cárcel o prisión.
- Sus relaciones familiares cambian (alguien se casa, se divorcia o es adoptado).

Para Medicaid, también debe informar cambios en los bienes o los gastos de su hogar.

Para BadgerCare Plus, también deberá informar los siguientes cambios:
- Estado de declaración de impuestos previsto
- Dependientes fiscales
- Deducciones fiscales

En sus cartas de inscripción (consulte la sección "Cartas sobre sus beneficios en la página 62) le indicarán el límite de ingresos para el tamaño del hogar y las reglas de declaración. También puede llamar a su agencia para obtener esta información.

En el caso de Medicaid, debe informar en un plazo de 10 días a partir del cambio si los ingresos mensuales de su del hogar (antes de impuestos) superan un determinado límite de ingresos mensuales para el tamaño de su hogar.

En el caso de BadgerCare Plus, deberá informar los siguientes cambios en los ingresos antes del día 10 del mes siguiente al mes en que los ingresos de su hogar superen un determinado límite de ingresos para el tamaño de su hogar.

Family Planning Only Services

Si está inscrito en el Family Planning Only Services, los cambios en sus ingresos no afectarán su inscripción hasta su próxima renovación. Sin embargo, usted tiene que informar los siguientes cambios dentro de 10 días:
- Se muda a una nueva dirección.
- Se muda fuera de Wisconsin.
- Se muda del lugar a donde vive (por ejemplo, va a la cárcel o va a un hogar de ancianos u otra institución).

Wisconsin Well Woman Medicaid

Si está inscrito en el Wisconsin Well Woman Medicaid, debe de informar los siguientes cambios a su agencia:
- Cumple 65 años.
- Tiene un cambio de dirección.
- Se muda fuera de Wisconsin.
- Obtiene Medicare Parte A, Parte B o ambas.
- Ya no necesita tratamiento para el cáncer de mamas o de cuello uterino ni para una afección precancerosa de la mama o de cuello uterino.
- Se inscribe en un seguro particular u otro seguro público que cubre su tratamiento contra el cáncer.

Cómo informar cambios

Puede informar cambios de las siguientes maneras:
- En línea en access.wi.gov.
- Por teléfono: Comuníquese con su agencia para informar cambios.
- Por correo o fax:
  - Para Medicaid o Caretaker Supplement, puede usar el formulario Informe de Cambios de Medicaid (Medicaid Change Report (F-10137).
  - Para BadgerCare Plus, Caretaker Supplement y Family Planning Only Services, puede usar el formulario Informe de Cambio de información (Information Change Report (F-10183).

Para obtener estos formularios, vaya a dhs.wi.gov/forms/index.htm o póngase en contacto con su agencia.

NOTA: Si obtiene los beneficios del SSI, sus cambios deben informarse al Social Security Administration.

Es posible que tenga que proporcionar documentación sobre algunos de estos cambios (consulte el Anexo D: Ejemplos de documentos, en la página 76).

Renovación de sus beneficios

Una vez que esté inscrito en Medicaid, BadgerCare Plus o Family Planning Only Services, usted debe realizar una renovación al menos una vez al año. El propósito de la renovación es asegurarnos de que usted todavía cumple con todas las reglas del programa y de que recibe los beneficios correctos. Si no realiza la renovación, sus beneficios terminarán.

Hay varias formas de realizar una renovación. Su renovación se puede hacer en línea en access.wi.gov, por teléfono, correo o en persona. Recibirá una carta en el correo el mes antes de su renovación.

Por ejemplo, si su renovación vence en abril, su carta se enviará en marzo. Esta carta también le indicará cómo realizar su renovación.

12 meses de cobertura continua para niños

Los niños menores de 19 años conservarán sus beneficios durante 12 meses incluso si las circunstancias del hogar familiar cambian durante ese tiempo. El periodo de 12 meses comienza en el mes en que se solicita la prestación, en el nuevo periodo de certificación en el momento de la renovación o cuando el menor cumple los requisitos de un grupo admisible.

¿Quién cumple los requisitos para la cobertura continua?

Los miembros menores de 19 años que participan en los siguientes programas cumplen los requisitos para una cobertura continua:

- BadgerCare Plus
- Emergency Services Medicaid
- Family Planning Only Services
- Foster Care Medicaid
- Home and Community-Based Waiver (HCBW) Medicaid
- Institutional Medicaid
- Katie Beckett Medicaid
- Medicaid Purchase Plan (MAPP)
- Medicare Savings Programs
- Special Status Medicaid
- SSI-Related Medicaid
- Supplemental Security Income (SSI) Medicaid
- Tuberculosis-Related Medicaid
- Wisconsin Well Woman Medicaid (WWWMA)

La cobertura continua no se aplica a los niños que:

- Están inscritos en virtud de una presunta elegibilidad (también conocida como inscripción rápida).
- Se requiere que cumplan con un deducible para inscribirse en BadgerCare Plus o Medicaid.

¿Cómo podría un niño perder la cobertura?

Hay algunas cosas que pueden poner fin a la cobertura de un niño durante el periodo de 12 meses:

- Cumple 19 años.
- Se muda fuera de Wisconsin.
- No se verifica su ciudadanía o estatus migratorio.
- Su elegibilidad se basó en información inexacta o en un error de la agencia.
- La familia solicita el fin de la cobertura.

Primas mensuales

Una prima es una cantidad fija de dinero que se le cobra cada mes por la cobertura de atención médica. Algunos niños inscritos en BadgerCare Plus y algunos miembros del Medicaid Purchase Plan (MAPP) tienen que pagar primas. Si desea más información sobre las primas del MAPP, consulte la página 34.

Puede pagar sus primas en línea en ACCESS en access.wi.gov o con la aplicación móvil MyACCESS.

Primas de BadgerCare Plus para niños

A los niños entre 1 a 18 años inscritos en BadgerCare Plus con ingresos familiares entre el 200% y el 300% del nivel federal de pobreza se les cobrará una prima.

Si su hijo tiene que pagar una prima, ésta se fijará por una cantidad determinada en función de los ingresos de su familia y no superará el 5% de los ingresos contados de su familia.

Si no puede pagar la prima, su hijo no perderá su cobertura de BadgerCare Plus. Además, las primas para los niños no aumentarán durante su período de certificación de 12 meses. No se le puede cobrar una prima nueva ni más alta hasta su próxima renovación.

Niños a los que no se les cobra las primas de BadgerCare Plus

A los siguientes niños no se les cobra primas por BadgerCare Plus:

- Niños menores de 1 año
- Niños de 1 a 18 años con ingresos inferiores al 200% del nivel federal de pobreza
- Los miembros tribales e hijos y nietos de miembros tribales
- Cualquier miembro que reúna los requisitos para recibir los Indian Health Services
- Niñas embarazadas
- Jóvenes que estaban en un hogar de crianza temporal, en un centro de acogida de familiares por orden judicial o bajo una tutela subvencionada cuando cumplieron 18 años.
- Niños que están en la cárcel o en prisión
- Niños que han alcanzado un deducible de BadgerCare Plus, durante el resto del período del deducible

- Niños en una extensión de BadgerCare Plus*

*Una extensión es un período de inscripción que se otorga a un padre, cuidador o niño cuando los ingresos del grupo de ayuda aumentan por encima del 100% del nivel federal de pobreza debido a un aumento en los ingresos de trabajo del padre o cuidador o de la manutención conyugal o pensión alimenticia y aún cumple con todas las demás reglas del programa.

Pagos de primas de BadgerCare Plus para niños

Si su **hijo** tiene una prima, recibirá un extracto de la prima de BadgerCare Plus cada mes.

Puede enviar el pago de su prima por correo con la parte desprendible del estado de cuenta en el sobre proporcionado. Asegúrese de que la dirección postal se vea a través de la ventanilla del sobre. Si no tiene su estado de cuenta, escriba su número de caso en su cheque o giro postal y envíe su prima por correo a la siguiente dirección:

BadgerCare Plus
P.O. Box 93920
Milwaukee, WI 53293-3920

También puede pagar las primas en línea a través de access.wi.gov o de la aplicación móvil de MyACCESS.

Copagos

Algunos servicios requieren que pague parte del costo de la atención. Esto se denomina deducible o copago. Más información sobre copagos en el Apéndice B: Servicios cubiertos y copagos para BadgerCare Plus y programas de Medicaid en la página 67**.**

Otros seguros médicos

Si usted o alguien en su familia tiene otra cobertura de seguro médico, usted se lo debe informar a la agencia. Si no informa a la agencia sobre cualquier otro seguro, se le podría negar o poner fin a sus beneficios.

Cualquier persona que solicite BadgerCare Plus tiene la obligación de realizar una asignación de Responsabilidad de apoyo médico (Medical Support Liability). La responsabilidad de apoyo médico significa que los solicitantes y los miembros deben ceder al Estado de Wisconsin todos los derechos a los pagos de apoyo médico por orden judicial o de otros pagadores terceros de sus gastos médicos.

Ejemplos de pagadores terceros son:

- Otros planes de seguro médico (que no sea BadgerCare Plus ni Medicaid).
- Personas o entidades responsables de pagos por un accidente o lesión – si BadgerCare Plus o Medicaid pagó por cualquiera de los servicios por causas del accidente (consulte Reclamos y accidentes por lesiones en la página 53).

En algunas situaciones, tiene que cooperar con la agencia de sustento de menores (child support agency) para establecer paternidad. Esto significa que, si usted no estaba casada al momento de nacer el niño, la agencia de sustento de menores le ayudará a nombrar al padre legalmente.

Si su hijo no tiene seguro médico y tiene un padre ausente, tiene que ayudar a la agencia de sustento de menores a conseguir información del seguro del padre ausente.

La agencia de sustento de menores también le ayudará a obtener y mantener un seguro médico (apoyo médico) para su hijo a través de órdenes judiciales. Usted tiene que cooperar con la agencia de sustento de menores, a menos que **cualquiera** de los siguientes sea cierto:

- Es una persona embarazada.
- Tiene menos de 18 años.
- Tiene una causa justificable para no cooperar.

Hay diferentes motivos justificados. Si cree tener un motivo justificado para no cooperar con la agencia de sustento de menores, dígaselo a su agencia local. Su agencia le proporcionará más información sobre un motivo justificado y cómo reclamarlo.

Si tiene preguntas sobre su otra cobertura de seguro médico, comuníquese con su compañía de seguros. Si tiene preguntas o quejas con respecto a esa compañía de seguros, comuníquese con:

Office of the Commissioner of Insurance
Division of Market Regulation and Enforcement
PO Box 7873
Madison, WI 53707-7873
800-236-8517

Cobertura a través de un seguro médico asequible patrocinado por el empleador

El BadgerCare Plus ofrece cobertura de atención médica a las personas embarazadas, los niños, los padres, los familiares cuidadores y los adultos sin hijos dependientes que viven en el hogar. Las personas embarazadas que solicitan BadgerCare Plus Prenatal Program no son elegibles si actualmente tienen cobertura a través de cualquier plan de seguro médico que cumple con los requisitos de cobertura mínima esencial. Ejemplos de estos planes incluyen la cobertura a través del Health Insurance Marketplace, seguro de salud patrocinado por el empleador, y la mayoría de los demás tipos de seguro médico principal. Algunos niños no son elegibles para BadgerCare Plus si actualmente tienen cobertura a través de un seguro de salud asequible patrocinado por el empleador o el plan de seguro de salud de los empleados del estado a través de su empleador. El seguro médico patrocinado por el empleador se considera asequible si el empleador paga el 80% o más del costo de las primas de un plan familiar que cubra los gastos médicos principales.

Las siguientes personas podrán inscribirse en BadgerCare Plus, incluso si actualmente tienen cobertura a través de un seguro médico patrocinado por el empleador:

- Los bebes recién nacidos menores de un año.
- Los niños entre 1 y 5 años con ingresos familiares de no más del 185% del nivel federal de pobreza.
- Los niños y jóvenes entre 6 y 18 años con ingresos familiares de no más del 150% del nivel federal de pobreza.
- Los jóvenes menores de 26 años que estaban en un hogar de crianza temporal, en un centro de acogida de familiares por orden judicial o bajo una tutela subvencionada cuando cumplieron 18 años.
- Las personas con una discapacidad (tiene que ser determinada por el Disability Determination Bureau o el Social Security Administration).
- Los padres, los familiares a cargo del cuidado o los adultos sin hijos dependientes que viven en el hogar.
- La mayoría de las personas embarazadas.

Los niños que tienen cobertura a través de un seguro médico patrocinado por el empleador aún pueden en BadgerCare Plus cumpliendo con un deducible. Para obtener más información acerca de los planes deducibles, consulte la página 47.

Solicitar BadgerCare Plus para personas embarazadas

Si está embarazada, solicita BadgerCare Plus y es ciudadano estadounidense o inmigrante calificado, es posible que pueda inscribirse, incluso si actualmente tiene cobertura a través de un plan de seguro médico que califica como cobertura esencial mínima.

BadgerCare Plus Prenatal Program

Si está embarazada y no cumple los requisitos para BadgerCare Plus debido a su estatus migratorio o de ciudadanía, o si se encuentra en prisión o en la cárcel, podría inscribirse en el BadgerCare Plus Prenatal Program. No podrá inscribirse en el BadgerCare Plus Prenatal Program si actualmente cuenta con la cobertura de un plan de seguro médico que cumpla los requisitos de cobertura esencial mínima.

Reclamos por accidentes y lesiones

Si tiene un accidente o sufre una lesión y recibe una compensación en efectivo o un pago debido al accidente o lesión y ForwardHealth pagó por parte o por todos los gastos de cuidado, tiene que informar esto a todos los siguientes:

- Su agencia local,
- La Wisconsin Casualty Recovery Unit
- Su HMO o Managed Care Organization (MCO) si está inscrito en una.

Cuando Medicaid paga por una demanda relacionada con un accidente, se le envía una carta dejándole saber sobre la obligación de comunicar la información.

Si ha contratado a un abogado o está trabajando con una agencia de seguros para resolver su reclamo, también tiene que compartir esta información con su agencia, el Wisconsin Casualty Recovery Unit y con su HMO o MCO.

Puede contactar a la Wisconsin Casualty Recovery Unit por teléfono, correo, fax, correo electrónico, o en línea.

Wisconsin Casualty Recovery – HMS
5615 High Point Drive
Irving, TX 75038-9984
Teléfono: 877-391-7471
Fax: 469-359-4319
Correo electrónico:

wicasualty@gainwelltechnologies.com
En línea: wicasualty.com/wi/index.asp

Cuando se ponga en contacto con la Wisconsin Casualty Recovery Unit, facilite su número de identificación de ForwardHealth, la fecha del accidente y el nombre de la compañía de seguros o del abogado, junto con cualquier reclamo.

Documentos o verificación requerida para solicitar beneficios de FoodShare y atención médica

Es posible que deba proporcionar documentación de sus respuestas para FoodShare, BadgerCare Plus y Medicaid al solicitar beneficios, renovar beneficios o informar cambios. El Apéndice D: Ejemplos de documentos, describe los artículos que puede usar para proporcionar documentación.

NOTA: Si necesita ayuda para obtener cualquier documento, póngase en contacto con su agencia.

Si ya ha facilitado documentos de ciudadanía e identidad a su agencia anteriormente, no tendrá que volver a facilitar esta información.

No tendrá que facilitar documentos de ciudadanía o identidad si:

- Actualmente tiene Social Security Disability Insurance
- Actualmente recibe los beneficios del SSI
- Actualmente recibe Medicare
- Solicita o está inscrito en el Emergency Services Plan
- Está solicitando o está inscrito en el BadgerCare Plus Prenatal Plan
- No es ciudadano estadounidense

Atención médica para personas encarceladas

Si es una persona que está encarcelada en una institución pública, como la cárcel o la prisión, es posible que se suspenda su BadgerCare Plus o Medicaid. Esto significa que BadgerCare Plus y Medicaid solo pagarán los servicios cuando sea admitido en un hospital como paciente interno. Si necesita otros servicios de atención médica, debe seguir el proceso de solicitud de servicios que sigue su cárcel o centro penitenciario.

Los menores de 21 años y los antiguos jóvenes en cuidado de crianza temporal menores de 26 años que estén encarcelados también pueden recibir servicios de detección HealthCheck (consulte la página 67) y servicios de gestión de casos específicos 30 días antes de su puesta en libertad. Los antiguos jóvenes en cuidado de crianza temporal son personas que, en el momento de cumplir los 18 años, se encontraban en una situación de acogimiento fuera del hogar familiar (también conocida como cuidado de crianza temporal), tutela subvencionada o acuerdo de acogimiento familiar por orden judicial.

Si continúa cumpliendo con las reglas del programa cuando salga en libertad, podrá volver a recibir BadgerCare Plus o Medicaid sin tener que presentar una nueva solicitud.

Si es una persona que está embarazada y está encarcelada en una institución pública, es posible que pueda inscribirse en el Prenatal Plan de BadgerCare Plus, que es un programa de beneficios completo (consulte el Prenatal Plan de BadgerCare Plus en la página 6). Su inscripción en el Prenatal Plan de BadgerCare Plus continuará durante su embarazo y no se suspenderá.

Transporte médico que no sea de emergencia

La siguiente información es sobre el transporte médico que no sea de emergencia. Si tiene una emergencia médica, debe llamar al 911.

El transporte médico que no sea de emergencia le permite viajar gratis a sus citas médicas si no tiene otra forma de llegar. Según su situación, puede obtener transporte, boletos de autobús o dinero para gasolina. Los viajes pueden incluir transporte público (como un autobús de la ciudad), vehículos médicos especializados u otros tipos de vehículos según su situación particular.

Medical Transportation Management (MTM), Inc. es el administrador de transporte de BadgerCare Plus y Medicaid de Wisconsin. Puede reservar y gestionar sus viajes a través de MTM si está inscrito en uno de los siguientes programas:

- BadgerCare Plus
- Wisconsin Medicaid (incluyendo IRIS)
- Family Planning Only Services
- Tuberculosis-Related Medicaid

Si está inscrito en Family Care, Family Care Partnership o PACE obtendrá transporte a través de su HMO. Si vive en un hogar de ancianos, comuníquese con el hogar de ancianos con respecto a su transporte.

NOTA: Se requiere que MTM cumpla con las leyes federales y estatales y sólo puede coordinar y pagar por transporte si usted no puede obtener transporte gratis. También se requiere utilizar el tipo de transporte menos costoso para llevarlo a su cita según sus necesidades.

Reembolso por las millas (pago de gasolina)

Si tiene un vehículo y puede conducirse usted mismo a una cita, pero no puede pagar por la gasolina, es posible que sea reembolsado por la gasolina. Comuníquese con MTM antes de ir a su cita para ver si puede ser reembolsado por las millas.

Alojamiento y comida

Podría obtener ayuda para pagar por las comidas y las estadías con noche. BadgerCare Plus y Medicaid de Wisconsin tienen reglas sobre cuándo los miembros pueden obtener pago por las comidas y estadías con noche cuando utilizan transporte médico no es de emergencia a los servicios cubiertos de Medicaid y BadgerCare Plus.

Arreglos de transporte

Debe hacer sus arreglos de transporte de rutina por lo menos dos días hábiles antes de su cita. Puede hacer sus arreglos de transporte de rutina llamando al 866-907-1493 (voz) o al 711 (TTY) de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. También puede hacer arreglos de transporte en línea en mtm-inc.net/wisconsin o utilizar la aplicación móvil de MTM Link.

Si no reserva transporte de rutina dos días hábiles antes de una cita, es posible que no obtenga transporte y que tenga que volver a hacer su cita. Los días feriados y los fines de semana no cuentan cómo días hábiles. Los días hábiles incluyen el día que usted haga la cita, pero no el día de su cita.

NOTA: MTM puede pagar el transporte de más miembros de la familia en determinadas situaciones. Para obtener más información, llame al 866-907-1493.

Cuando llame para reservar transporte, debe tener la siguiente información disponible:

- Su nombre y apellido, fecha de nacimiento y número de teléfono.
- Su número de identificación de miembro de ForwardHealth (éste es el número de 10 dígitos en su tarjeta de ForwardHealth).
- La dirección y el número de teléfono del lugar donde quiere que lo recojan.
- El nombre, número de teléfono, dirección y código postal del proveedor de atención médica con quien tiene la cita.

- La fecha y hora de inicio de su cita.
- La hora en que termina su cita, si la sabe.
- Cualquier necesidad de transporte especial, incluso si necesita que alguien lo acompañe.
- Razón general para la cita (por ejemplo, chequeo o cita de la visión).

NOTA: MTM también puede proporcionar transporte a citas urgentes dentro de tres horas. Se puede requerir verificación.

Para más información sobre los arreglos de transporte; comidas y alojamiento; nuevas reglas; o quejas, niegue de transporte o audiencias imparciales:

- Póngase en contacto con MTM al 866-907-1493 (voz), al 711 (TTY), o en mtm-inc.net/wisconsin.
- Vaya a dhs.wi.gov/nemt/index.htm.
- Llame a servicios para miembros al 800-362-3002.

Servicios de interpretación para las citas de Medicaid

If you have Wisconsin Medicaid and use a language other than English, it is your right to have an interpreter available for your medical appointments at no cost to you. To learn more about interpretive services for Medicaid appointments, visit dhs.wi.gov/library/collection/p-03492.

Español (Spanish) Si tiene Medicaid de Wisconsin y habla un idioma que no sea el inglés, tiene derecho a disponer de un intérprete para sus citas médicas sin costo alguno. Para obtener más información sobre los servicios de interpretación para las citas de Medicaid, visite dhs.wisconsin.gov/publications/p03492s.pdf.	Hmoob (Hmong) Yog tias koj muaj Wisconsin Medicaid thiab siv lwm hom lus uas tsis yog lus Askiv, nws yog koj li kev muaj cai thov kws pab txhais lus rau koj qhov kev teem caij kho mob uas tsis xam nqi them rau koj. Kawm paub ntau ntxiv txog cov kev pab cuam txhais lus rau kev teem caij Medicaid, mus saib dhs.wisconsin.gov/publications/p03492h.pdf
العربية (Arabic) إذا كان لديك Wisconsin Medicaid وتستخدم لغة غير الإنجليزية، فمن حقك أن يكون لديك مترجم فوري متاح لمواعيدك الطبية دون تحمل أي تكلفة إضافية. لمعرفة المزيد حول خدمات الترجمة لمواعيد Medicaid، تفضل بزيارة dhs.wisconsin.gov/publications/p03492ar.pdf	**繁體中文 (Chinese)** 如果您参加了 Wisconsin Medicaid 计划，且使用非英语语言，则您有权获得免费的预约就诊口译服务。了解更多 Medicaid 预约就诊口译服务信息，请访问 dhs.wisconsin.gov/publications/p03492cm.pdf
Français (French) Si vous disposez de Wisconsin Medicaid et parlez une autre langue que l'anglais, vous avez le droit de faire appel gratuitement à un interprète lors de vos rendez-vous médicaux. Pour en savoir plus sur les services d'interprétations pour les rendez-vous Medicaid, rendez-vous sur dhs.wisconsin.gov/publications/p03492fr.pdf.	**Karen** နမ့်အိၣ်ဒီး Wisconsin Medicaid ဒီးစူးကါကျိၣ်အဂၤ လၢအတမ့်ထဲအဲကလံးကျိၣ်တကျိၣ်နၣ်, မ့်ဝဲဒၣ်နခွဲးယာ် လၢနကအိၣ်ဒီးပှၤကတိၤကျိုးထံတၢ် လၢနတၢ်ကူစါဆူၣ်ချ့တၢ်သ့ၣ်နံၤဖးသီအဂီၢ် လၢတလာ်အပှၤနၣ်လီၤ. လၢကမၤလိန်ပၢၢ်အါထိၣ်ဘၣ်ဃးတၢ်မၤစၢၤတၢ်ကျိုးထံလၢ Medicaid တၢ်သ့ၣ်နံၤဖးသီအဂီၢ်, ကွၢ်ဘၣ်ဖဲ dhs.wisconsin.gov/publications/p03492ka.pdf.
한국어 (Korean) 귀하가 Wisconsin Medicaid에 가입하였고 영어 이외의 언어를 사용하는 경우 병원 예약을 위해 무료 통역 서비스를 신청할 권리가 있습니다. Medicaid 예약 통역 서비스에 대한 자세한 내용 확인은 dhs.wisconsin.gov/publications/p03492kr.pdf. /에서 할 수 있습니다.	**ພາສາລາວ (Laotian)** ຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີ Wisconsin Medicaid ແລະ ໃຊ້ພາສາອື່ນທີ່ບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດ, ທ່ານມີສິດທີ່ຈະ ມີຜູ້ແປພາສາທີ່ພ້ອມໃຫ້ບໍລິການສໍາລັບການນັດໝາຍທ າງການຂອງທ່ານໂດຍທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ເພື່ອສຶກສາເພີ່ມຕື່ມກ່ຽວກັບການບໍລິການແປພາສາ ສໍາລັບການນັດໝາຍຂອງ Medicaid, ໃຫ້ເຂົ້າໄປທີ່ dhs.wisconsin.gov/publications/p03492l.pdf.
Русский (Russian) Если вы имеете Wisconsin Medicaid и используете язык, отличный от английского, вы имеете право на услуги бесплатного переводчика во время медицинского приема. Чтобы узнать больше об услугах устного перевода на приемах по программе Medicaid, посетите dhs.wisconsin.gov/publications/p03492r.pdf.	**Soomaali (Somali)** Haddii aad heysato Wisconsin Medicaid misna isticmaasho luuqad aan Ingiriisi aheyn, waxaad xaq u leedahay turjumaan in uu kuugu diyaar ahaado balantaada ayadoon lacag laguugu dalaceynin. Si aad wax uuga barato adeegyada turjumaad ee balamaha Medicaid, booqo dhs.wisconsin.gov/publications/p03492so.pdf.
Tiếng Việt (Vietnamese) Nếu quý vị có Wisconsin Medicaid và sử dụng ngôn ngữ không phải tiếng Anh, quý vị có quyền yêu cầu có thông dịch viên cho các cuộc hẹn khám bệnh mà không mất bất kỳ chi phí nào. Để tìm hiểu thêm về các dịch vụ thông dịch cho các cuộc hẹn khám bệnh với Medicaid, hãy truy cập dhs.wisconsin.gov/publications/p03492v.pdf.	

Otros programas

Caretaker Supplement

Este programa es un beneficio en efectivo para los padres que reúnen los requisitos de pagos del SSI y que viven y cuidan de sus hijos menores. Los montos de los beneficios del Caretaker Supplement son $250 por mes por el primer niño que reúne los requisitos y $165 por mes por cada niño adiciona que reúne los requisitos.

Para más información, vaya a dhs.wi.gov/ssi/caretaker.htm.

WIC (Women, Infants, and Children Program)

Los niños pequeños y las personas embarazadas pueden obtener WIC, un programa especial de alimentos suplementarios para mujeres, bebés y niños. Este programa proporciona alimentos nutritivos y asesoramiento sobre salud y nutrición.

Para averiguar más sobre WIC, vaya a dhs.wi.gov/wic/index.htm o llame al 800-722-2295.

Job Center of Wisconsin

El Job Center of Wisconsin (Centro de trabajo de Wisconsin) está disponible para usted. El Job Center of Wisconsin es la mayor fuente de puestos de trabajo en Wisconsin. Visite el sitio web del Job Center de Wisconsin en jobcenterofwisconsin.com o puede usar las computadoras de pantalla táctil en el centro de trabajo de su localidad.

Recopilación y uso de información

La información requerida en su solicitud, incluyendo el número de Seguro Social de cada miembro de la familia que solicita beneficios, está autorizada bajo la ley de alimentos y nutrición de 2008 (Food and Nutrition Act of 2008), como enmendado PL 110-246 (7 United States Code 2011-2036), y Wis. Stat § 49.82(2). Si usted no tiene un número de Seguro Social debido a creencias religiosas o por su estado de inmigración, no se le pedirá dar un número de Seguro Social.

La información se utilizará para determinar si su familia puede obtener o seguir obteniendo beneficios.

La información que proporcione será corroborada a través de programas computarizados de concordancia. También será utilizada para supervisar el cumplimiento de las reglas del programa y su administración.

Esta información puede entregársele a otras agencias federales y estatales para realizar un examen oficial. Esta información también puede proporcionarse a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para detener a personas que huyen para evitar la ley si están solicitando o recibiendo beneficios de FoodShare.

Proporcionar información en su solicitud, incluido el número de Seguro Social de cada miembro del hogar, es voluntario. Sin embargo, cualquier persona que solicite beneficios (FoodShare, BadgerCare Plus o Medicaid) pero que no dé un número de Seguro Social no podrá obtener beneficios a menos que cumpla con una de las excepciones para FoodShare, Medicaid o BadgerCare Plus.

Las excepciones incluyen a los solicitantes que soliciten BadgerCare Plus, Prenatal Plan para inmigrantes o para el Emergency Services Plan. Otra excepción es alguien que pertenezca a un grupo religioso reconocido que se oponga a que se les asigne un número de Seguro Social a las personas.

Cualquier número de seguro social proporcionado para los miembros que no están inscritos se utilizará y divulgará de la misma manera que los números de Seguro Social de los miembros del hogar inscritos.

Su número de Seguro Social no se compartirá con el United States Citizenship and Immigration Services. Su solicitud de BadgerCare Plus o Medicaid es también una solicitud de ayuda con el pago de seguros de salud privados a través del Health Insurance Marketplace federal. Si no cumple con los requisitos para inscribirse en BadgerCare Plus o Medicaid, su información se enviará al Marketplace y ellos lo contactarán para informarle si puede obtener ayuda para pagar el seguro médico privado. Para obtener más información sobre el Marketplace, visite cuidadodesalud.gov o llame al 800-318-2596 o al 711 (TTY).

La información sobre la etnicidad puede ser proporcionada voluntariamente por las personas, pero no es necesaria para obtener beneficios. Esta información se recopila para garantizar que a las personas no se les discriminen y para mejorar nuestros programas.

Sus derechos

Cuando solicita para FoodShare, Caretaker Supplement, BadgerCare Plus, Medicaid de Wisconsin o Family Planning Only Services, tiene derecho a:

- Ser tratado respetuosamente por el personal de la agencia.
- Que un adulto que conozca su situación lo ayude a solicitar y administrar sus beneficios.
- Que se respeten sus derechos civiles. Para obtener más información, consulte la sección sobre No discriminación en la página 63.
- Que su información personal se mantenga privada.
- Recibir una solicitud o que le envíen una por correo el mismo día en que la solicita.
- Que la agencia local acepte su solicitud inmediatamente.
- Pedir a la agencia local que le explique los puntos de este manual que usted no entienda.
- Recibir una decisión sobre su solicitud dentro de los 30 días a partir de la fecha en que la agencia recibe su solicitud.

NOTA: Si la agencia recibe una solicitud (en línea o en papel) después de las 4:30 p.m. de un día laborable o durante de un fin de semana o feriado, la fecha de recepción será el próximo día hábil.

- Obtener beneficios de FoodShare dentro de los siete días posteriores a la solicitud si está en necesidad inmediata y califica para un servicio más rápido.
- Ser informado con anticipación si se van a reducir o cancelar sus beneficios y el motivo del cambio.
- Solicitar una audiencia imparcial si no está de acuerdo con la medida tomada por la agencia.
- Consultar los registros y archivos de la agencia local que se relacionen con usted, excepto la información que se obtuvo de fuentes confidenciales.
- Obtener los servicios de idiomas gratuitamente.
- Pedir ayuda a la agencia para obtener la información y los documentos necesarios que se le han pedido.

Audiencias imparciales

Siempre que le denieguen, reduzcan o suspendan los beneficios y crea que su agencia ha cometido un error, póngase en contacto con la agencia.

Si la agencia no está de acuerdo, puede pedir al trabajador de la agencia que le ayude con la solicitud de una audiencia imparcial.

Reunión antes de una audiencia imparcial

Es posible que pueda llegar a un acuerdo con la agencia sin tener que esperar a una audiencia imparcial. Puede ponerse en contacto con su agencia para hacer preguntas sobre la decisión y contar su versión de los hechos. Puede hacerlo por teléfono, en persona o a través de una reunión con un representante de la agencia.

Si la agencia determina que se ha cometido un error, realizará las actualizaciones necesarias al caso. Esto podría resolver la necesidad de una audiencia imparcial. Si la agencia decide que la decisión es correcta y usted sigue pensando que es incorrecta, tiene derecho a una audiencia imparcial.

NOTA: Ponerse en contacto con la agencia no afecta a su derecho a una audiencia justa. Puede solicitar una audiencia justa y, si está satisfecho con lo que le comunique la agencia, anular su solicitud de audiencia. Ponerse en contacto con la agencia no amplía el plazo para solicitar una audiencia justa. Más abajo encontrará información sobre el plazo para solicitar una audiencia.

Audiencia imparcial

La audiencia imparcial le da la oportunidad de explicar a un oficial de la audiencia por qué cree que la decisión sobre su solicitud o beneficios fue errónea. En la audiencia, un oficial de la audiencia escuchará su versión y la de la agencia para averiguar si la decisión fue correcta o incorrecta. Puede asistir a la audiencia acompañado de un amigo o familiar. También puede obtener ayuda legal gratuita. Para más información, consulte la sección Ayuda Legal en la página 62.

Cuando utilizar el proceso de audiencia imparcial

Ejemplos sobre cuándo solicitar una audiencia imparcial incluyen:

- Usted cree que su solicitud fue rechazada injustamente o por error.
- Sus beneficios fueron suspendidos, reducidos o cancelados y usted cree que hubo un error.
- Usted no está de acuerdo con la cantidad de beneficios que recibe.
- Su solicitud no fue procesada dentro de 30 días.

Lea atentamente cada aviso o carta que reciba para que le ayude a entender la medida tomada. Si el motivo por el que sus beneficios se ven afectados es debido a un cambio en las reglas estatales o federales, la Division of Hearings and Appeals no necesitará conceder la solicitud de audiencia imparcial.

Cómo solicitar una audiencia imparcial

Pida a su agencia que le ayude a presentar la solicitud para una audiencia imparcial, o escriba directamente a:

Department of Administration
Division of Hearings and Appeals
PO Box 7875
Madison, WI 53707-7875

Puede obtener la solicitud para una audiencia imparcial en línea en doa.wi.gov/RequestAHearing o llamando al 608-266-7709.

Si decide escribir una carta en lugar de usar el formulario, deberá incluir lo siguiente:

- Su nombre.
- Su dirección de correo.
- Una breve descripción del problema.
- El nombre de la agencia que tomó la medida o que negó el servicio.
- Su número de Seguro Social.
- Su firma.

Para FoodShare, su agencia puede tomar su solicitud de forma verbal.

Para atención médica o Caretaker Supplement, una solicitud se tiene que hacer en menos de 45 días a partir de la fecha de la medida apelada. Para FoodShare, una solicitud se tiene que hacer en menos de 90 días a partir de la fecha de la medida apelada. Si no está de acuerdo con la cantidad de beneficios que recibe, puede solicitar una audiencia en cualquier momento mientras reciba los beneficios de FoodShare. Su carta de inscripción más reciente tendrá la fecha para la cual usted tiene que solicitar una audiencia.

Usted, su representante (si tiene uno), y su agencia recibirán una notificación por escrito por lo menos 10 días antes de la audiencia imparcial, donde se les informará acerca de la hora, la fecha y el lugar de la audiencia.

Preparación para una audiencia imparcial

Usted tiene derecho a llevar testigos, su propio abogado u otro asesor a la audiencia imparcial. El Department of Health Services no pagará por la ayuda legal representarle, pero ellos podrían ayudarlo a encontrar ayuda legal gratis para que lo asesore con las preguntas o lo represente en la audiencia imparcial.

Tiene derecho a revisar cualquier información en el expediente de su caso que se haya utilizado para determinar su inscripción.

Usted o su representante tienen derecho a:

- Interrogar a cualquier persona que testifique en la audiencia imparcial.
- Presentar sus propios argumentos y materiales escritos para demostrar por qué cree estar en lo correcto.

Si la audiencia imparcial trata sobre si usted está o no discapacitado o no puede trabajar debido a una enfermedad o lesión, tiene derecho a presentar pruebas médicas. Su agencia puede ayudarlo a conseguir los documentos médicos que pueda necesitar y pagará el costo de obtención de los documentos.

Si tiene un dominio limitado del inglés, usted tiene el derecho de tener a un intérprete presente durante la audiencia. La Division of Hearings and Appeals podría pagar por las traducciones o los intérpretes necesarios si usted lo solicita.

Continuación de los beneficios

Si recibe beneficios y solicita una audiencia antes de que sus beneficios cambien, puede seguir recibiendo los mismos beneficios hasta que el oficial de la audiencia tome una decisión.

Si el oficial de la audiencia decide que la agencia estaba en lo correcto, es posible que tenga que devolver o reembolsar los beneficios adicionales de FoodShare o del Caretaker Supplement que recibió entre el momento

que solicitó la audiencia imparcial y el momento en que el oficial de la audiencia decida sobre su caso.

Si ha solicitado una audiencia imparcial, deberá completar toda renovación programada. Si la agencia le informa antes de la audiencia imparcial que el período de inscripción ha terminado, usted tendrá que volver a hacer su solicitud y cumplir con todas las reglas del programa para que sus beneficios continúen. Si la renovación muestra que ha habido cambios en su situación, los beneficios pueden verse alterados o terminados debido a estos cambios.

Efectos de la audiencia imparcial

Si la decisión de la audiencia imparcial es a su favor, la agencia no tomará ninguna medida en su contra.
Si sus beneficios han sido interrumpidos, comenzará a recibirlos de nuevo. La fecha en que usted comenzará a recibir beneficios se indicará en la carta con la decisión de la audiencia imparcial que usted reciba.

Si la decisión de la audiencia imparcial no es a su favor, la medida se mantendrá y tendrá que pagar cualquier beneficio de FoodShare o Caretaker Supplement que recibió por error. Pregúntele a la agencia si existen limitaciones legales para la recuperación de los sobrepagos.

No se tomará ninguna otra medida en su contra por haber solicitado una audiencia imparcial.

Nueva audiencia (Rehearing)

Si usted no está de acuerdo con la decisión de la audiencia imparcial, tiene derecho a solicitar una nueva audiencia, si usted:

- Tiene evidencia nueva importante que se desconocía o no estaba disponible antes de la audiencia imparcial que puede cambiar la decisión.
- Siente que hubo un error en los hechos que conllevaron a la decisión.
- Siente que hubo un error en la base legal de la decisión.

La solicitud por escrito de una nueva audiencia debe recibirse dentro de los 20 días siguientes a la fecha de la decisión escrita de la audiencia imparcial. La Division of Hearings and Appeals decidirá en un plazo de 30 días a partir de la recepción de la solicitud por escrito si se le concede una nueva audiencia. Si la Division of Hearings and Appeals no emite una respuesta por escrito en 30 días, su solicitud será negada.

Cómo apelar la decisión de una audiencia imparcial o de una nueva audiencia

Si no está de acuerdo con la decisión de la audiencia imparcial o de la nueva audiencia, es posible aún apelar ante el tribunal de circuito de su condado. Esto tiene que hacerse dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la decisión escrita acerca de la audiencia imparcial o dentro de los 30 días del rechazo del pedido de una nueva audiencia. Una apelación ante el tribunal de circuito se debe presentar una petición ante el secretario del tribunal de su condado. Es recomendable que tenga ayuda legal si decide apelar la decisión de la audiencia imparcial ante el tribunal de circuito.

Ayuda legal

Es posible que pueda obtener ayuda legal de Wisconsin Judicare Legal Aid o Legal Action of Wisconsin, Inc.
Para localizar la oficina más cercana a usted:

- Llame a Judicare al 800-472-1638 o vaya a judicare.org.
- Llame a LAW al 855-947-2529 o vaya a legalaction.org.

Cartas sobre sus beneficios

Recibirá cartas relacionadas con sus beneficios. Estas cartas le informarán sobre el estatus de sus beneficios.

Se le enviará una carta antes de cualquier cambio en sus beneficios de FoodShare o atención médica. Es importante que usted lea cada carta que recibe.

Estas cartas le dirán si:

- Se reducirán o cancelarán sus beneficios.
- Su trabajador está esperando cualquier información o prueba de parte suya.
- Necesita hacer una renovación para seguir recibiendo beneficios.

Puede conseguir sus cartas en línea en vez de por correo regular. Para hacer esta elección, inicie sesión en su cuenta ACCESS en access.wi.gov. Si no tiene una cuenta de ACCESS, puede crear una para ver sus cartas e información sobre sus beneficios en línea.

No discriminación

Aviso de no discriminación

La discriminación es contra la ley: programas relacionados con la atención médica

El Department of Health Services de Wisconsin cumple las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye ni trata de forma diferente a las personas por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo (incluidos embarazo, orientación sexual e identidad de género), religión o presentación de una queja previa en materia de derechos civiles.

El Department of Health Services:

- Presta ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
    - Intérpretes calificados de lengua de señas.
    - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Presta servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuya lengua materna no es el inglés, tales como:
    - Intérpretes calificados.
    - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el coordinador de derechos civiles del Department of Health Services al 844 201-6870.

Si cree que el Department of Health Services no le ha prestado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo (incluidos embarazo, orientación sexual e identidad de género), religión o presentación de una queja previa de derechos civiles, puede presentar una queja ante:

Department of Health Services
Attn: Civil Rights Coordinator
1 West Wilson Street, Room 651
PO Box 7850, Madison, WI 53707-7850
844-201-6870, TTY: 711, Fax: 608-267-1434
Email: dhscrc@dhs.wisconsin.gov.

Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el coordinador de derechos civiles del Department of Health Services está a su disposición para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Office for Civil Rights del U.S. Department of Health and Human Services, por vía electrónica a través del Portal de quejas de la Office for Civil Rights, disponible en ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf, o por correo o teléfono en:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en hhs.gov/ocr/complaints/index.html.

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-201-6870 (TTY: 711).	**Deitsch (Pennsylvania Dutch)** Wann du Deitsch (Pennsylvania Dutch) schwetzscht, kannscht du ebber griege as dich helfe kann mit Englisch, unni as es dich ennich eppes koschte zellt. Ruf 844-201-6870 uff (TTY: 711).
Hmoob (Hmong) LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 844-201-6870 (TTY: 711).	**ພາສາລາວ (Laotian)** ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ ແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໃຫ້ໂທຫາເບີ 844-201-6870 (TTY: 711).
繁體中文 (Traditional Chinese) 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 844-201-6870 (TTY: 711).	**Français (French)** ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 844-201-6870 (ATS : 711).
Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 844-201-6870 (TTY: 711).	**Polski (Polish)** UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 844-201-6870 (TTY: 711).
العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان اتصل برقم 844-201-6870 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).	**हिंदी (Hindi)** ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 844-201-6870 (TTY: 711) पर कॉल करें।
Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 844-201-6870 (телетайп: 711).	**Shqip (Albanian)** KUJDES: Nëse flisni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 844-201-6870 (TTY: 711).
한국어 (Korean) 알림: 한국어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-201-6870 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.	**Tagalog (Tagalog – Filipino)** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 844-201-6870 (TTY: 711).
Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 844-201-6870 (TTY: 711).	**Soomaali (Somali)** FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadashid af Soomaali, adeegyada caawinta luuqada, oo bilaash ah, ayaa laguu heli karaa. Soo wac 844-201-6870 (TTY: 711).

Declaración de no discriminación del USDA

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, (incluyendo identidad de género y orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

La información del programa se puede ofrecer en otros idiomas. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede ofrecer en otros idiomas.

Para presentar una queja por discriminación, llene el Formulario de queja por discriminación del programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del denunciante, así como una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria lo suficientemente detallada como para informar al Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una supuesta violación de los derechos civiles. El formulario AD-3027 completo o la carta deben enviarse a:

(1) **Correo:**
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;

(2) **Fax:**
al (202) 690-7442; o

(3) **Correo electrónico:**
FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Apéndice A: Límites de ingresos del programa

Los límites de ingresos del programa se basan en las pautas federales, que pueden cambiar cada año. Para consultar las pautas actuales, visite dhs.wi.gov/forwardhealth/resources.htm o llame al 800-362-3002.

Limites de ingresos mensuales o cantidades máximas de beneficios de FoodShare: vigente a partir del 1 de octubre de 2024

Personas en el hogar	Límite de ingresos brutos mensuales al 200% del FPL	Límite de ingresos brutos mensuales al 130% del FPL	Límite de ingresos netos mensuales al 100% del FPL	Cantidad máxima de beneficio
1	$2,510	$1,632	$1,255	$292
2	$3,408	$2,215	$1,704	$536
3	$4,304	$2,798	$2,152	$768
4	$5,200	$3,380	$2,600	$975
5	$6,098	$3,963	$3,049	$1,158
6	$6,994	$4,546	$3,497	$1,390
7	$7,890	$5,129	$4,394	$1,536
8	$8,788	$5,712	$4,843	$1,756
Para cada persona adicional añada:				
	$898	$583	$449	$220

Asignación mínima mensual de los beneficios de FoodShare: $23

*Para más información sobre las deducciones y exenciones de ingresos, consulte la página 27, Deducciones y omisiones de ingresos.
FPL=nivel de pobreza federal

Límites de ingresos mensuales para la atención médica: vigentes a partir del 1 febrero de 2025

Tamaño del grupo	100% del FPL	120% del FPL	135% del FPL	150% del FPL	200% del FPL	250% del FPL	300% del FPL
1	$1,304.17	$1,565.00	$1,760.63	$1,956.26	$2,608.34	$3,260.43	$3,912.51
2	$1,762.50	$2,115.00	$2,379.38	$2,643.75	$3,525.00	$4,406.25	$5,287.50
3	$2,220.83	$2,665.00	$2,998.12	$3,331.25	$4,441.66	$5,552.08	$6,662.49
4	$2,679.17	$3,215.00	$3,616.88	$4,018.76	$5,358.34	$6,697.93	$8,037.51
5	$3,137.50	$3,765.00	$4,235.63	$4,706.25	$6,275.00	$7,843.75	$9,412.50
6	$3,595.83	$4,315.00	$4,854.37	$5,393.75	$7,191.66	$8,989.58	$10,787.49
7	$4,054.17	$4,865.00	$5,473.13	$6,081.26	$8,108.34	$10,135.43	$12,162.51
8	$4,512.50	$5,415.00	$6,091.88	$6,768.75	$9,025.00	$11,281.25	$13,537.50
Para cada persona adicional añada:							
	$458.33	$550.00	$618.75	$687.50	$916.66	$1,145.83	$1,374.99

*Para más información sobre las deducciones fiscales y antes de impuestos, consulte la página 27, Deducciones y omisiones de ingresos.
FPL=nivel de pobreza federal

Apéndice B: Servicios cubiertos y copagos para los programas BadgerCare Plus y Medicaid

Servicios cubiertos y copagos

Es posible que se le pida que pague una parte del costo de un servicio cubierto por BadgerCare Plus o Medicaid. Este pago se llama un copago. La tabla de la página 74 enumera los servicios que están cubiertos y cuáles son los copagos para los servicios. La tabla también indica si está exento de copagos.

No se le pedirá que haga un copago por ningún servicio cubierto por BadgerCare Plus o Medicaid si se encuentran en uno de los siguientes grupos:

- Niños menores de 19 años, independientemente de sus ingresos.
- Indios americanos o nativos de Alaska miembros de una tribu, hijos de un miembro de una tribu, nietos de un miembro de una tribu o cualquier otra persona que reúna los requisitos para recibir servicios médicos para indios, independientemente de su edad o nivel de ingresos.
- Cualquier persona que reciba servicios a través de la inscripción rápida (Express Enrollment).
- Los jóvenes que estaban en una colocación fuera del hogar (también conocida como cuidado de crianza temporal), una tutela subsidiada o un acuerdo de cuidado de parentesco ordenado por la corte al cumplir 18 años inscritos en BadgerCare Plus hasta los 26 años.
- Personas embarazadas

Además, no se cobrarán copagos a los afiliados inscritos en los siguientes programas:

- Family Planning Only Services
- Institutional Medicaid (no incluye adultos sin hijos (CLA) inscritos en BadgerCare Plus y que residen en una institución)
- Katie Beckett Medicaid
- Wisconsin Well Woman Medicaid
- Foster Care Medicaid, que incluye la cobertura de Medicaid para niños colocados fuera del hogar, así como ayuda para la adopción y acuerdos de tutela subvencionados.

Los proveedores deben hacer un esfuerzo razonable para cobrar el copago, pero no pueden negarse a prestar servicios a un miembro que no cumpla con ese pago.

NOTA: Debido a que los servicios cubiertos y los copagos podría cambiar, le debe preguntar a su proveedor cuál será la cantidad del copago. Si usted recibe más de un servicio durante la misma cita, es posible que le cobren más de un copago.

Por ejemplo: Si usted vio a su médico y también le tomaron una radiografía, usted tendrá dos copagos: uno por la consulta con el médico y otro por la radiografía.

Un proveedor le puede cobrar por los servicios que no estén cubiertos por BadgerCare Plus o Medicaid, si **ambas** cosas son ciertas:

- El proveedor le informó antes de proporcionarle el servicio que el servicio no estaba cubierto.
- Usted estaba de acuerdo en pagar por el servicio.

NOTA: Para asegurarse de que sus recetas cubiertas por BadgerCare Plus o Medicaid sean pagadas, el proveedor de receta y la farmacia tienen que estar inscritos en Medicaid. De lo contrario, se le puede exigir que pague por estas recetas.

Límites de copago

Si está inscrito en BadgerCare Plus y Medicaid y tiene copagos, la ley federal limita la cantidad que paga por los servicios cada mes. No debe pagar más del 5% de los ingresos de su hogar cada mes en copagos o primas. Para asegurarse de que no está pagando más del 5% de los ingresos de su hogar, puede tener un límite de copago mensual.

Una vez establecido el límite de copago, seguirá siendo el mismo mes a mes, a menos que haya cambios que afecten el límite de copago, como cambios en los ingresos, cambios en el número de personas de su hogar o cambios en el programa de beneficios. Si su límite de copago aumenta, recibirá una carta antes de que cambie su límite de copago.

NOTA: Esta regla no se aplica a los programas SeniorCare o Medicaid Purchase Plan (MAPP).

Si está inscrito en SeniorCare o MAPP, no tendrá un límite de copago mensual basado en sus ingresos, lo que significa que podría pagar más del 5% de los ingresos de su hogar en copagos.

Copagos mensuales basados en los ingresos

Si tiene que pagar copagos, tendrá un límite de copago mensual establecido en función de los ingresos de su hogar y de quienes tienen que pagar copagos en su casa. Si tiene una prima, su prima también contará para el límite de copago.

Si paga una cantidad mensual mientras vive en un hogar de ancianos o por los servicios que obtiene a través de Family Care u otros programas que permiten a una persona vivir en su casa, debe seguir pagando estos costos. Esos costos mensuales no se consideran copagos y no cuentan para el límite de copago mensual.

Si sus ingresos son inferiores a la cantidad indicada a continuación para el tamaño de su familia, no se le cobrará ningún copago, y su límite será de $0.

Tamaño de la familia	Ingresos mensuales
1	$652
2	$881
3	$1,110
4	$1,339
5	$1,568
6	$1,797

Si sus ingresos son mayores que las cantidades mencionadas anteriormente, consulte la tabla de la página 66 para determinar su límite de copago mensual en función de sus ingresos. Los ingresos mensuales de su hogar determinarán el límite de copago mensual. Si está casado y tanto usted como su cónyuge tienen que pagar copagos, sus límites de copago se dividirán entre usted y su cónyuge. Los niños no tienen que pagar copagos, por lo que los límites de copago nunca se dividirán con los niños de 18 años o menos.

Si usted o su cónyuge están en uno de los grupos que no tienen que pagar copagos, el límite de copago no se dividirá. En cambio, la persona que tiene que pagar los copagos tendrá el límite de copago completo para una sola persona.

Si usted o su cónyuge están inscritos en diferentes programas de beneficios y ambos programas tienen límites de copago mensual, los límites de copago de usted y su cónyuge se basarán en quien tenga los ingresos más bajos.

Ejemplo 1: Jane y Ben están casados y tienen dos hijos de 12 y 8 años. Han contado con unos ingresos familiares de $2,000 al mes. El límite de 100% del nivel de pobreza federal (FPL) para una familia de 4 personas es de $2,679.17 al mes.

Basándose en sus ingresos, están entre el 50% y el 100% del FPL. Como tanto Jane como Ben tienen que pagar copagos, cada uno tendrá un límite de copago mensual de $13 al mes.

Ejemplo 2: Christina y Adam están casados e inscritos en BadgerCare Plus con ingresos del 75% del FPL. Christina está embarazada y no tiene copagos. Su límite de copago será de $0 al mes. Adam tendrá un límite de copago mensual de $26 al mes. Una vez que Christina dé a luz, si tiene que volver a pagar los copagos, ella y Adam dividirán la cantidad del límite de copago.

Ejemplo 3: Chantal y Peter están casados. Chantal reúne los requisitos del BadgerCare Plus con un ingreso del 80% del FPL. Peter reúne los requisitos del Medicaid for the Elderly, Blind or Disabled con un ingreso del 45% del FPL. Los ingresos de Peter están por debajo del 50% del FPL, tanto Chantal como Peter tendrán un límite de copago de $0 al mes.

Programas de ahorro de Medicare (Medicare Savings Programs)

Si está inscrito en el Qualified Medicare Beneficiary Program, tendrá un límite de copago basado en sus ingresos mensuales. Si está inscrito tanto en el Qualified Medicare Beneficiary Program como en cualquier otro beneficio de Medicaid, como BadgerCare Plus o Medicaid for the Elderly, Blind or Disabled, su límite de copago se basará en sus ingresos que se utilizaron para el otro programa de beneficios.

Si está inscrito sólo en un programa de ahorro de Medicare (Medicare Savings Program) que no sea el Qualified Medicaid Beneficiary Program, no tendrá un límite de copagos porque no tiene copagos cubiertos por Medicaid.

Ejemplo: Dwayne reúne los requisitos del Medicaid for the Elderly, Blind or Disabled y está inscrito en el Qualified Medicare Beneficiary Program. Su ingreso es el 60% del FPL. Su límite de copago es de $26 al mes, basado en los ingresos que se cuentan para el Medicaid for the Elderly, Blind or Disabled.

Home and Community Based Waivers bajo los Grupos B y B Plus

Si está inscrito en Home and Community Waivers bajo el Grupo B o Grupo B Plus, su límite de copago mensual se basará en la participación en los costos que usted paga cada mes para seguir recibiendo los beneficios de Community-Based Waiver. El monto de su costo compartido no cuenta para el límite de copago.

- Si el importe de su participación en los costos es inferior a 27 dólares al mes, su límite de copago será de 0 dólares al mes.
- Si el monto de su participación en los costos es de $27 o más, su límite de copago será de $26 por mes.

Si usted y su cónyuge están ambos inscritos en el Grupo B o en el Grupo B Plus o en cualquier otro beneficio como BadgerCare Plus o Medicaid for the Elderly, Blind or Disabled, su límite de copago se basará en quien tenga el límite de copago más bajo y se dividirá entre usted y su cónyuge.

Ejemplo: Marge y George están casados e inscritos en diferentes beneficios de salud. Marge está inscrita en el Grupo B de Home and Community-Based Waivers con un costo compartido de $65. George está inscrito en Medicaid for the Elderly, Blind or Disabled con un ingreso del 35% del FPL. Ya que ellos están casados y el ingreso de George fijaría un límite de copago más bajo que la cantidad de costo compartido de Marge, tanto George como Marge tienen un límite de copago de $0 al mes.

Cumplir con su límite de copago mensual

Se llevará un registro de sus límites de copagos, los copagos y las primas en función de los servicios que reciba, no sólo de la cantidad de copagos que pague. Si cumple con el límite de copago antes de fin de mes, recibirá una carta en la que se le comunicará la fecha en la que cumplió con el límite de copago y que no tendrá más copagos durante el resto del mes. Sus copagos comenzarán de nuevo el primero del mes siguiente. Sus médicos y farmacias podrán ver cuándo ha alcanzado el límite de copago, de modo que ya no le cobren más copagos por el resto del mes.

NOTA: Puede que todavía tenga un copago cuando recoja las recetas que surtió antes de la fecha indicada en la carta.

Reclamaciones fuera del estado

Emergencias

Si usted viaja fuera de Wisconsin y necesita servicios de emergencia, los proveedores de atención médica pueden tratarlo y enviar reclamaciones a Medicaid o BadgerCare Plus de Wisconsin. Usted tendrá que pagar por cualquier servicio que reciba fuera de Wisconsin si el médico se niega a presentar un reclamo o se niega a aceptar el pago de BadgerCare Plus o Medicaid de Wisconsin como pago en su totalidad.

No emergencias

Si necesita ver a un proveedor fuera de Wisconsin para recibir servicios que no son de emergencia, ese proveedor de atención médica podría tener que solicitar una aprobación (véase la sección Autorización Previa para los Servicios en la página 48).

Servicios no cubiertos por ningún plan

Los servicios o artículos **no** cubiertos incluyen, pero no se limitan, a los siguientes:

- Los servicios que necesitaban aprobación (autorización previa) antes de que los obtuvieran
- Artículos tales como televisores, radios, aire acondicionado y equipo de ejercicio (incluso si han sido recetado por un médico)
- Procedimientos que se consideran experimentales o cosméticos por naturaleza.

HealthCheck

HealthCheck es un beneficio de atención médica de Medicaid especialmente creado para los jóvenes. HealthCheck cubre exámenes y chequeos en profundidad. También cubre servicios o productos especializados que su hijo pueda necesitar en "Otros Servicios" de HealthCheck. El objetivo de HealthCheck es prevenir enfermedades y detectar y tratar problemas de salud a tiempo.

Cualquier persona menor de 21 años que tenga Medicaid, BadgerCare Plus o una tarjeta de

ForwardHealth está cubierta automáticamente. No hay formularios que llenar. Todo lo que necesita hacer es llamar a su médico y hacer una cita para un examen físico de HealthCheck.

Los miembros pueden llamar al 800-362-3002 para obtener ayuda para encontrar a un proveedor. Si está inscrito en una HMO de BadgerCare Plus o Medicaid, llame a la HMO para obtener información sobre los servicios de HealthCheck.

Tabla de servicios cubiertos

Servicios cubiertos de BadgerCare Plus, Medicaid y Wisconsin Well Woman Medicaid
NOTA: Esta tabla también incluye los montos de copago para algunos servicios, pero muchos miembros no tienen copagos. Consulte la página 67 para obtener más información sobre quién tiene copagos**.**
Centros de cirugía ambulatoria
Cobertura para determinados procedimientos quirúrgicos y servicios de laboratorio relacionados. Copago de $3 por servicio.
Tratamiento conductual
Cobertura completa de servicios integrales y enfocados de tratamiento conductual (con autorización previa). No hay copago.
Servicios quiroprácticos
Cobertura completa. Copago de $.50 a $3 por servicio.
Servicios dentales
Cobertura completa. Copago de $.50 a $3 por servicio.
Suministros médicos desechables (Disposable Medical Supplies – DMS)
Cobertura completa. Copago de $0.50 a $3 por servicio y $0.50 por receta de suministros de la diabetes.
Medicamentos (recetas)
Cobertura de medicamentos recetados genéricos y de marca y algunos medicamentos de venta libre (OTC).
Copagos: • $0.50 para medicamentos de venta libre • $1 para medicamentos genéricos • $3 para medicamentos de marca
Los copagos están limitados a $12 por miembro, por proveedor, por mes. Los medicamentos de venta libre no cuentan para el máximo de $12.
Puede llenar un límite de cinco recetas de opiáceos al mes.
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment – DME)
Cobertura completa. Copago de $0.50 a $3 por artículo. Los artículos de alquiler no están sujetos a copago.
Enfermedad Renal Terminal (End-Stage Renal Disease – ESRD)
Cobertura completa. Sin copago.
Chequeos médicos para niños (HealthCheck Screenings for Children)
Cobertura completa de los exámenes y otros servicios de HealthCheck para personas menores de 21 años. Sin copago.
Servicios de audición
Cobertura completa. Copago de $.50 a $3 por procedimiento. No hay un copago por las pilas para aparatos auditivos.
Servicios de atención médica en el hogar (Atención médica en el hogar, Servicios privados de enfermería y Cuidado personal)
Cobertura completa para los servicios privados de enfermería, la atención médica en el hogar, y el cuidado personal. Sin copago.
Hospicio
Cobertura completa. Sin copago
Servicios de hospital: paciente interno
Cobertura completa. Copago de $3 por día con un límite de $75 por cada estadía.
Hospital: paciente ambulatorio
Cobertura completa. Copago de $3 por visita.

Servicios cubiertos de BadgerCare Plus, Medicaid y Wisconsin Well Woman Medicaid
NOTA: Esta tabla también incluye los montos de copago para algunos servicios, pero muchos miembros no tienen copagos. Consulte la página 67 para obtener más información sobre quién tiene copagos**.**
Servicios hospitalarios: sala de emergencia para pacientes ambulatorios
Cobertura completa. Sin copago por una emergencia médica. Cobertura completa. Copago de $8 por cada visita que no sea de emergencia para los adultos que estén inscritos en BadgerCare Plus y que no viven ni cuidan a niños parientes menores de 19 años.
Salud mental y tratamiento de abuso de sustancia
Cobertura completa (no incluye alojamiento y comida).
Copago de $0.50 a $3 por servicio, limitado a las primeras 15 horas o a un total de $825 de servicios, lo que ocurra primero, por año calendario. Los copagos no son obligatorios cuando los servicios se prestan en un entorno hospitalario o para los servicios residenciales de tratamiento de trastornos por uso de sustancias.
Servicios de hogar de ancianos
Cobertura completa. Sin copago.
Servicios médicos
Cobertura completa, incluyendo laboratorio y radiología. Copago de $0.50 a $3 por servicio, limitado a $30 por proveedor por año calendario. No hay copago por los servicios de emergencia, los servicios preventivos, la anestesia o el manejo del clozapina.
Servicios de podología
Cobertura completa: copago de $0.50 a $3 por servicio, limitado a $30 por proveedor por año calendario.
Atención prenatal o de maternidad
Cobertura completa, incluyendo la coordinación de atención prenatal, y la detección y asesoramiento de salud mental y abuso de sustancias preventivas para personas embarazadas en riesgo de problemas de salud mental o abuso de sustancias. Esto incluye los servicios proporcionados por enfermeras matronas y matronas con licencia. No hay copago.
Servicios de salud reproductiva: Servicios de planificación familiar

No hay copago por los servicios prestados por una clínica de planificación familiar o de gestión de anticonceptivos. Cobertura completa con las excepciones indicadas a continuación:
• Reversión de la esterilización voluntaria
• Tratamientos de infertilidad
• Padres sustitutos (*surrogate*) y servicios relacionados, que incluyen, pero no se limitan a:
  ○ Inseminación artificial
  ○ Cuidado obstétrico
  ○ Trabajo de parto o dar a luz
  ○ Medicamentos recetados o de venta libre
  • Esterilizaciones para menores de 21 años
  • Dispositivos y servicios para la impotencia
  • Prótesis testiculares

Examen rutinario de la visión
Cobertura completa que incluye lentes. Copago de $.50 a $3 por servicio. No hay copago para los anteojos que se elijan de la colección de Medicaid.
Terapias: Terapia física, terapia ocupacional y patología del habla y el lenguaje
Cobertura completa. Copago de $.50 a $3 por servicio. La obligación de un copago se limita a las primeras 30 horas o $1,500, lo que ocurra primero, durante un año calendario (los copagos se calculan por separado para cada disciplina).
Transporte: Ambulancia, vehículo médico especializado, transportista común

Servicios cubiertos de BadgerCare Plus, Medicaid y Wisconsin Well Woman Medicaid
Cobertura completa de transporte de emergencia y no emergencia desde y hasta el consultorio de un proveedor certificado para un servicio cubierto de BadgerCare.
• Copago de $2 por transporte en ambulancia que no es de emergencia. • Copago de $1 por transporte en un vehículo médico especializado. • No hay copago por transporte público ni ambulancia de emergencia.

Tabla de límites de copago para los programas BadgerCare Plus y Medicaid

Utilice la siguiente tabla para determinar su límite de copago mensual basado en sus ingresos.

Límite de copago para miembros 2025											
Estatus	**Ingresos del grupo de ayuda como porcentaje del nivel federal de pobreza**										
	0-50%	>50-100%	>100-150%	>150-200%	>200-250%	>250-300%	>300-350%	>350-400%	>400-450%	>450-500%	>500%
Individual	$0	$26	$53	$79	$106	$132	$159	$186	$212	$239	$265
Cantidad por persona para parejas casadas	$0	$13	$26.50	$39.50	$53	$66	$79.50	$93	$106	$119.50	$132.50

Apéndice C: Primas de BadgerCare Plus para niños

Las primas mensuales de BadgerCare Plus se basan en el tamaño de la familia, los ingresos y las pautas del nivel federal de pobreza. Si tiene un hijo (de 1 a 18 años) con ingresos familiares superiores al 201% del nivel federal de pobreza, se le cobrará una prima por ese hijo, a menos que el hijo esté exento de que se le cobre una prima. Incluso si no puede pagar la prima, su hijo mantendrá su cobertura de atención médica.

Para saber qué porcentaje del nivel federal de pobreza suponen los ingresos de su familia, consulte el Apéndice A: Límites de ingresos del programa, en la página 68. Para más información sobre los niños a los que se cobran primas de BadgerCare Plus, consulte la página **Error! Bookmark not defined.**.

Las siguientes tablas le indicarán si un niño:

- Se le cobrará una prima mensual y la cantidad de la prima.
- Puede obtener cobertura retroactiva.

Límite de ingresos (Las cantidades están en la página 66)	**Niños menores de 1 año**	**Niños de 1 a 5 años**	**Niños de 6 a 18 años**
Igual o inferior al 150% del FPL	Prima: No Cobertura retroactiva: Sí	Prima: No Cobertura retroactiva: Sí	Prima: No Cobertura retroactiva: Sí
De 150% a 185% del FPL	Prima: No Cobertura retroactiva: Sí	Prima: No Cobertura retroactiva: Sí	Prima: No Cobertura retroactiva: No*
De 185% a 201% del FPL	Prima: No Cobertura retroactiva: Sí	Prima: No Cobertura retroactiva: No*	Prima: No Cobertura retroactiva: No*
De 201% a 300% del FPL	Prima: No Cobertura retroactiva: Sí	Prima: Sí** Cobertura retroactiva: No*	Prima: Sí** Cobertura retroactiva: No*

*La cobertura retroactiva está disponible si el niño cumple un deducible.
**Excluye a los niños que sean miembros de una tribu.
FPL= Nivel de pobreza federal

Primas mensuales de BadgerCare Plus para niños: vigentes a partit del 1 de febrero de 2025

Ingresos familiares	**De 201% a 231% FPL**	**De 231% a 241% FPL**	**De 241% a 251% FPL**	**De 251% a 261% FPL**	**De 261% a 271% FPL**	**De 271% a 281% FPL**	**De 281% a 291% FPL**	**De 291% a 301% FPL**	**Igual o superior al 301% FPL**
Monto mensual de prima para cada niño	$10	$15	$23	$34	$44	$55	$68	$82	$97.53

FPL= Nivel federal de pobreza

Apéndice D: Ejemplos de documentos

Cuando solicite o renueve beneficios o informe un cambio, es posible que necesitemos verificar la información. Recibirá una carta que le indicará si necesita enviar copias de documentos como verificación. En general, los documentos que nos proporcione deben ser la copia más reciente. En el caso de los ingresos y los gastos, los documentos deben cubrir los últimos 30 días antes de que solicitara o completara su renovación. Si necesita ayuda para obtener documentos, llame a su agencia.

Documentos por discapacidad

- Carta de aprobación de la State Disability Determination Bureau
- Carta de adjudicación de la Social Security Administration.

Documentos de identidad

- Pasaporte válido de los Estados Unidos
- Licencia válida de conducir del estado o tarjeta de identidad del estado
- Identificación escolar con foto
- Identificación con foto del empleado
- Tarjeta de identificación militar
- Identificación militar o registro de servicio militar
- Documento de inscripción tribal de nativo americano
- Para niños menores de 18 años que soliciten BadgerCare Plus o Medicaid, un formulario de Declaración de identidad firmado, F-10154 (puede comunicarse con su agencia para obtener este formulario).
- Identificación con foto de los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS) (sólo para ciudadanos estadounidenses)

Otros documentos adicionales de identidad: Solo para FoodShare

- Certificado de nacimiento
- Registro de nacimiento del hospital
- Registro de adopción
- Recibo de sueldo o talones de sueldo
- Solicitud completada para una tarjeta de Seguro Social, SS-5
- Documentos de confirmación o membresía de la iglesia
- Tarjeta de registro de votante
- Registros familiares (libros de cumpleaños, genealogía, anuncio de nacimiento de periódicos, licencia de matrimonio, documentos de apoyo o divorcio)
- Póliza de seguro de vida
- Otra identificación del programa de servicios sociales
- Registros sindicales o de organizaciones fraternales
- Orden judicial de cambio de nombre

Otros documentos adicionales de identidad: FoodShare y atención médica (Health Care)

Registros médicos (certificado de vacunación, registros médicos o clínicos, facturas)

Documentos de ciudadanía estadounidense para adultos y niños

- Pasaporte válido de los Estados Unidos
- Copia certificada del certificado de nacimiento en los Estados Unidos
- Tarjeta de identificación de ciudadanía
- Certificado de Ciudadanía o Naturalización
- Papeles de adopción
- Registro militar, de hospital, de seguro o registro de hogar de ancianos que muestre el lugar de nacimiento en los Estados Unidos
- Tarjeta de identificación de nativo americano u otro documento emitido por una tribu reconocida a nivel federal

Documentos de estado migratorio (si no es ciudadano estadounidense)
- Tarjeta de residente permanente o tarjeta "verde"
- Certificado de Naturalización
- Cualquier documento emitido por USCIS, un número de registro de extranjero ("A") u otro número de USCIS

Membresía tribal y/o de origen nativo americano o nativo de Alaska
- Tarjeta de inscripción tribal
- Verificación por escrito o documento emitido por la tribu que indique su afiliación
- Certificado de grado de sangre india emitido por la Oficina de Asuntos Indígenas (Bureau of Indian Affairs)
- Documento del censo tribal
- Tarjeta de registro médico o documentación similar emitida por un cuidador indio que especifica la ascendencia india

Documentos de exenciones de adultos físicamente capaces
- Formulario de Exención médica del requisito de trabajo para adultos aptos sin dependientes, F-01598
- Declaración del profesional de atención médica, trabajador social o profesional que asiste con el tratamiento contra el abuso del alcohol y otras drogas
- Declaración de discapacidad del empleador o agencia privada de discapacidad
- Contacto colateral
- Otra declaración escrita aceptable

Documentos de las horas trabajadas por adultos físicamente capaces
- Formulario del empleador
- Talón de cheque
- Documento fiscal
- Formulario de verificación de ingresos del empleador (EVF-E)
- Declaración escrita del empleador, del programa de trabajo o del lugar de voluntariado
- Contacto del empleador, del programa de trabajo o del lugar de voluntariado

Documentos de sustento de menores o pensión alimenticia que paga o recibe
- Orden judicial
- Registro de pago de otro estado

Documentos de activos
- Estados de cuenta bancarios
- Títulos
- Contratos
- Escrituras *(deeds*)
- Registros financieros
- Pólizas de seguro de vida
- Copia de los certificados (FoodShare)
- Carta oficial de la institución financiera (FoodShare)

Documentos de ingresos laborales
- Talonarios de cheques (para los últimos 30 días)
- Un formulario de verificación de las ganancias del empleador (Employer Verification of Earnings – EVF-E), F-10146 (Puede comunicarse con su agencia para obtener este formulario. Su empleador debe completar y firmar el formulario. Devuelva el formulario completo a la dirección que figura en el formulario).
- Una carta del empleador (si elige una carta, debe tener la misma información que el formulario EVF-E).

Documentos de ingresos de trabajo por cuenta propia
- Copias de formularios de impuestos
- Formulario de informe de ingresos de trabajo por cuenta propia, F-00107 (Puede contactar a su agencia para este formulario. Este formulario solo debe usarse si aún no ha presentado impuestos para su negocio de trabajo por cuenta propia o su negocio ha tenido un cambio significativo en las circunstancias.)

Documentos de otros ingresos

NOTA: Algunos ejemplos de otros ingresos son pensión alimenticia, manutención de los hijos, pagos por discapacidad o enfermedad, intereses o dividendos, beneficios de veteranos, compensación laboral y seguro de desempleo.

- Declaración de pensión
- Copia de un cheque actual
- Carta de concesión de indemnización por desempleo
- Documentos de divorcio que muestran la liquidación financiera, el mantenimiento, el apoyo familiar o la manutención de los hijos
- Documentación de indemnización otorgada por el tribunal
- Carta de concesión del Seguro Social
- Carta de concesión de asuntos de veteranos
- Carta de concesión de compensación
- Carta de concesión de ayuda financiera
- Registros de impuestos que muestran ingresos ganados
- Documentación de cualquier otra fuente de ingresos
- Comprobante de pago de cuidado familiar (*Kinship Care*), cuidado de crianza temporal (*Foster Care*) o pago a tutor legal con subsidio (*Subsidized Guardian*) o pago al cuidador interino (puede ser una confirmación verbal o escrita de la agencia de servicios de protección infantil)

Documentos de residencia en Wisconsin

- Contrato de arrendamiento, contrato de alquiler o recibo o carta del propietario con domicilio actual
- Recibo de la hipoteca con la dirección actual
- Cuenta de servicios públicos y/o teléfono con la dirección actual
- Talones de cheque con nombre, dirección actual y empleador
- Documento de aprobación del programa de vivienda subsidiada
- Documento de aprobación del programa de climatización
- Licencia de conducir actual del estado de Wisconsin
- Tarjeta de identificación actual de Wisconsin
- Registro actual de vehículos automotores
- Correo con dirección actual

NOTA: Las personas y familias sin hogar, inmigrantes, o personas que acaban de llegar a Wisconsin no tienen que proporcionar una verificación de residencia en Wisconsin, pero deben declarar que viven en Wisconsin y que planean seguir viviendo en Wisconsin.

Documentos de educación

- Horario de la escuela o programa
- Boleta de calificaciones
- Documentos de ayuda financiera
- Carta de la universidad, programa o instituto de educación superior

Documentos de costos médicos

- Estado de cuenta de una factura o recibos detallados
- Póliza de seguro que muestre la prima, coaseguro, copago, o deducible
- Frascos de medicinas o píldoras con el precio en la etiqueta

Documentos de deducciones antes de impuestos

- Talonarios de cheques
- Una carta del empleador

Documentos de deducciones fiscales

- Recibos
- Estados de cuentas bancarias
- Talonarios de cheques
- Formularios de impuestos de años anteriores

Documentos que demuestren que puede cuidar a un niño ni participar en la actividad aprobada

Carta de un médico, psiquiatra o psicólogo que declare que el padre o madre no puede cuidar de los niños ni puede participar en una actividad aprobada

Documentos de gastos de guardería • Declaración por escrito del proveedor de cuidado infantil • Cheque cancelado • Recibo de pago o factura
Documentos de gastos de vivienda y/o servicios públicos • Registros de pagos de hipotecas • Recibo de alquiler • Declaración del propietario • Arrendamiento • Aprobación de vivienda subsidiada por el U.S. Department of Housing and Urban Development (HUD) • Declaración de impuestos de propiedad • Factura de servicios públicos • Declaración de la empresa de servicios públicos • Factura de teléfono • Póliza de seguro del propietario o resumen de facturación • WHEAP / LIHEAP u otra ayuda energética
Documentos de haber ganado un premio significativo de lotería o juego de azar • Declaración de miembro • Reclamación de ganador de la Lotería de Wisconsin • Formulario W-2G de ganancias de juegos de azar • Carta de la comisión de lotería o entidad de juego • Formulario de reclamación de lotería de otro estado • Cualquier documentación que identifique la fuente del pago, nombre del ganador o ganadores, dirección, fecha de la ganancia e importe bruto antes de impuestos
Prueba de los resultados de las pruebas de detección de drogas • Informe de los resultados de la prueba de detección de drogas • Declaración del oficial de libertad condicional • Declaración de un médico con licencia o profesional de la salud calificado • Cualquier documento que muestre el resultado de una prueba de detección de drogas con la fecha de la prueba

Apéndice E: Términos y acrónimos importantes

Hemos intentado limitar el uso de acrónimos en el Manual de inscripción y beneficios de ForwardHealth. Sin embargo, algunos términos se utilizan con tanta frecuencia que los acrónimos resultan prácticos y útiles. En el manual, los términos se han escrito completos la primera vez que se utilizan, y el acrónimo aparece entre paréntesis.

Acrónimo	Definición
ADRC	Centro de recursos para personas mayores y adultos con discapacidad
AODA	Abuso de alcohol u otras drogas
B-ID	Medicamento inmunosupresor de la Parte B de Medicare
CD	Certificado de depósito
CDPU	Unidad central de procesamiento de documentos
CLTS	Apoyo a largo plazo para niños
CSA	Agricultura apoyada por la comunidad
DHS	Department of Health Services de Wisconsin
DME	Equipos médicos duraderos
EBT	Transferencia electrónica de beneficios
ESRD	Enfermedad renal terminal
EVF-E	Verificación de ingresos del empleador (formulario)
FPL	Nivel federal de pobreza
FSET	Empleo y capacitación de FoodShare
HCBW	Exención basada en el hogar y la comunidad
HEC	Consejería de salud y empleo
HMO	Organización para el mantenimiento de la salud
IRA	Cuenta individual de jubilación
IRIS	Incluir, Respetar, Yo me autodirijo (Include, Respect, I Self-Direct)
IRS	Servicio de impuestos internos
IRWE	Gastos de trabajo relacionados con la discapacidad
MAPP	Plan de compra de Medicaid (Medicaid Purchase Plan)
MCO	Organización de atención administrada
MDPU	Unidad de procesamiento de documentos de Milwaukee
NOL	Pérdida operativa neta
PACE	Programa de atención integral a las personas mayores
PASS	Plan para lograr crédito de autosuficiencia
PHI	Información médica protegida
PIN	Número de identificación personal
SEP	Pensión simplificada para empleados
SIMPLE	Plan de incentivos de ahorro para empleados

SSI	Ingreso de seguridad suplementario
SSN	Número de Seguro Social
TB	Tuberculosis
USCIS	Servicios de ciudadanía e inmigración de EE. UU.
USDA	U.S. Department of Agriculture
VA	Department of Veterans Affairs
W-2	Wisconsin Works
WIC	Programa de mujeres, bebés y niños (Women, Infants and Children Program)
WIOA	Ley de innovación y oportunidad de la fuerza laboral

Wisconsin Department of Health Services
Division of Medicaid Services
P-00079S (08/2025)

STATE OF WISCONSIN
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
PO BOX 309
MADISON WI 53701-0309

PRSRT STD
U.S. POSTAGE
PAID
Madison, WI
Permit No 1369