

DECLARACION SOBRE EL ESTATUS DE INMIGRACION STATEMENT ABOUT IMMIGRATION STATUS

Si usted no es un ciudadano de EUA, debe satisfacer las reglas del programa sobre el estatus de inmigración para ser elegible para los beneficios de Wisconsin Medicaid, BadgerCare Plus, o Family Planning Only Services. Este formulario nos ayudará a ver si usted satisface las reglas del programa. No tiene que llenar y entregar este formulario. Sin embargo, si no lo hace, podría no ser elegible para los beneficios.

Usaremos la información que usted proporciona sobre estar legalmente en EUA para ver si es elegible para beneficios por un tiempo limitado. Si proporciona un número de documento o tarjeta de inmigración, verificaremos su estatus de inmigración con U.S. Citizenship and Immigration Services (USCIS). Basándonos en la información que USCIS nos da, veremos si usted es elegible para beneficios continuados. No tiene que proporcionar un número de documento o tarjeta de inmigración en este momento. Sin embargo, si no lo hace, necesitará proporcionar más información más adelante de manera que podamos ver si puede recibir beneficios continuados.

Instrucciones

Escriba cualquier información que no aparece en la lista. Para cada persona en su hogar que fue parte de su solicitud de beneficios, díganos si la persona está legalmente en EUA. Si está legalmente en EUA, por favor proporcione el número de documento o tarjeta de inmigración. Esto nos ayudará a hacer una decisión sobre sus beneficios más rápidamente. Si está de acuerdo con las declaraciones en la Sección 3, firme y escriba la fecha en el formulario.

Opciones para la Entrega

Entregue su formulario completo en una de las siguientes maneras para **Month XX, CCYY**:

- **App móvil.** Tómese una foto a todas las páginas del formulario y entréguelas usando el app móvil de MyACCESS.
- **Por el Internet.** Escanee todas las páginas del formulario al sitio web de ACCESS. Puede hacer esto a través de su cuenta ACCESS, a la cual puede entrar en access.wi.gov.
Nota: Solamente puede escanear formularios para el sitio web de ACCESS en ciertas horas. Si no puede escanearlo al sitio de ACCESS, entregue el formulario usando una de las otras maneras
- **Fax.**
 - Si vive en el **Condado de Milwaukee**, entregue por fax el formulario al 888-409-1979.
 - Si **no** vive en el Condado de Milwaukee, entregue por fax el formulario al 855-293-1822.
- **Por Correo.**
 - Si vive en el **Condado de Milwaukee**, mande por correo el formulario a:
MDPU
PO Box 05676
Milwaukee, WI 53205
 - Si **no** vive en el Condado de Milwaukee, mande por correo el formulario a:
CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547
- **En Persona.** Lleve el formulario a su agencia. La información del contacto de su agencia es en el sitio web del Wisconsin Department of Health Services en www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm.

SECTION 1 Información sobre la persona que solicitó beneficios



Nombre – Persona que solicitó beneficios (Nombre, Apellido, Inicial media)

Número de caso (si lo tiene)

Fecha de nacimiento (si no tiene un número de caso)

SECTION 2

Información de inmigración para cada persona en su hogar en su solicitud



Nombre – Persona en su hogar (Nombre, Apellido, Inicial media)

Fecha de nacimiento

¿Está esta persona legalmente en EUA?

Sí No

Opcional: Si marcó que esta persona está legalmente en EUA, por favor proporcione el número de documento o tarjeta de inmigración de la persona.

Número de documento o tarjeta de inmigración que se proporciona

Registro de extranjero, A, o USCIS

Certificado de ciudadanía

Certificado de naturalización

Documento de autorización de empleo (I-766)

Récord de llegada/salida, Formulario I-94

Pasaporte

Residente permanente o tarjeta verde

ID del sistema de información de intercambio de estudiante y visitante (SEVIS) ID

El número de documento o tarjeta de inmigración

SECTION 3

Declaraciones de Entendimiento y Firma



Al firmar abajo, estoy diciendo, bajo castigo de perjurio y falso testamento, que la información que he dado en este formulario es verdadera. También digo que entiendo lo siguiente:

- El Department of Health Services de Wisconsin verificará con USCIS el estatus de inmigración de cualquier persona en mi hogar que está legalmente y solicita los beneficios.
- La información de USCIS podría afectar la elegibilidad para beneficios de cada persona.
- El Department of Health Services de Wisconsin no verificará con USCIS el estatus de inmigración de cualquier persona que no está legalmente y/o cuyo nombre no aparece en la lista arriba.
- El Department of Health Services de Wisconsin no verificará con USCIS el estatus de inmigración de cualquier persona que solamente está solicitando Emergency Services Medicaid, BadgerCare Plus Emergency Services, o el Programa BadgerCare Plus Prenatal.



FIRMA – Adulto en su hogar

Fecha de la firma

Letra de imprenta para el nombre y apellido

Nondiscrimination Notice: Discrimination is Against the Law – Health Care-Related Programs

Wisconsin Department of Health Services cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Department of Health Services no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Department of Health Services:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Department of Health Services civil rights coordinator (844-201-6870).

Si considera que Department of Health Services no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: Department of Health Services, Attn: Civil Rights Coordinator, 1 West Wilson Street, Room 651, PO Box 7850, Madison, WI 53707-7850, 608-267-4955, TTY: 711, Fax: 608-267-1434, dhsccrc@dhs.wisconsin.gov. Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Department of Health Services civil rights coordinator está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE.UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

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)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-201-6870 (TTY: 711).	Deutsch (Pennsylvania Dutch) Wann du [Deutsch (Pennsylvania German / Dutch)] schwetzsch, kannscht du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch. Ruf selli Nummer uff: Call 844-201-6870 (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) ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 844-201-6870 (TTY: 711).
繁體中文 (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 flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 844-201-6870 (TTY: 711).
한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 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 lagu heli karaa. Soo wac 844-201-6870, TTY: 711.