WISCONSIN DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
Division of Medicaid Services
F-02548S (02/2020)

SUR

ENCUESTA DE SALUD DE BADGERCARE PLUS

BADGERCARE PLUS HEALTH SURVEY

INSTRUCCIONES

Responda a las siguientes preguntas para ver si puede reducir su prima BadgerCare Plus. Solo los miembros de BadgerCare Plus de 19 a 64 años sin hijos dependientes que vivan en su hogar pueden realizar esta encuesta. Sus respuestas no afectarán sus beneficios de atención médica.

Si sus respuestas a las preguntas muestran que tiene un hábito saludable, una afección de salud o está manejando sus riesgos de salud, puede reducir la prima mensual que paga por los beneficios de atención médica.

Puede elegir no responder a ninguna de las preguntas. Si elige no responder a ninguna de las preguntas, su prima mensual no se reducirá. Sus respuestas no aumentarán su prima mensual a más de $8.

Si usted es un representante autorizado, tiene un poder notarial financiero, es un tutor legal sobre el patrimonio o una persona autorizada por un miembro para la atención médica, puede realizar la encuesta en nombre de otro miembro adulto de atención médica, incluso si no está en su hogar.

Al completar esta encuesta, acepta compartir sus respuestas con los socios de atención médica. Los socios de atención médica incluyen organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO) y proveedores de atención médica.

Nota: También puede realizar la encuesta utilizando la aplicación móvil MyACCESS o el sitio web ACCESS en access.wisconsin.gov o llamando al 800-291-2002.

INSTRUCCIONES DE ENVÍO

Envíe el formulario completo a la siguiente dirección:

Wisconsin HMO Enrollment Specialist
PO Box 628310
Middleton, WI 53562-8310

SECCIÓN 1 Preguntas de la encuesta

1. ¿Intenta mejorar o proteger su salud de alguna de estas maneras? Marque todo lo que corresponda.

☐ **Alimentación saludable**

Ejemplos: evitar la comida rápida y los bocadillos poco saludables, comer frutas o verduras o beber agua regularmente

☐ **Ejercicio**

Ejemplos: caminar, andar en bicicleta o subir las escaleras en su vida diaria

☐ **Estar a salvo**

Ejemplos: conducir dentro de las cinco millas del límite de velocidad, usar el cinturón de seguridad o usar un casco mientras monta una bicicleta, scooter o motocicleta

☐ **Participar en una comunidad religiosa o cultural**

Ejemplos: asistir a servicios religiosos o estudiar la Biblia, ver a un líder religioso, enseñar tradiciones a otros en la comunidad o asistir a eventos culturales

☐ **Reducir el estrés**

Ejemplos: orar, meditar o hacer yoga, respiración profunda o tai chi

☐ **Recibir atención médica**

Ejemplos: obtener ayuda para las adicciones o las necesidades de salud mental, visitar a su médico regularmente, tomar los medicamentos necesarios, recibir atención dental, ver a un curandero tradicional u obtener vacunas

2. ¿Tiene una condición de salud que le impide tener hábitos saludables?
☐ Sí ☐ No

3. ¿Fuma, fuma vaporizador (vape) o mastica tabaco? *(Si responde no, pase a la pregunta 4.)*
☐ Sí ☐ No

Si responde **sí**, ¿está tratando de dejar de fumar, fumar vaporizador (vaping) o masticar tabaco? *(Si responde que sí, pase a la pregunta 4.)*

☐ Sí ☐ No

Si responde **no**, ¿tiene una condición de salud que le impide dejar de fumar?
☐ Sí ☐ No

4. Si consume alcohol, ¿le causa problemas a usted o a quienes le rodean? *(Si responde no, vaya a la Sección 2.)*
☐ Sí ☐ No

Si responde **sí**, ¿está tratando de controlar su consumo de alcohol? (*Si responde que sí, vaya a la Sección 2.)*
☐ Sí ☐ No

Si responde **no**, ¿tiene una condición de salud que le impide controlar su uso?
☐ Sí ☐ No

SECCIÓN 2 Información personal

¡Gracias por completar la Encuesta de salud de BadgerCare Plus! Llame al 800-291-2002 si tiene alguna pregunta sobre la encuesta.

Si se rebaja el costo de la prima mensual que paga por los beneficios de atención médica, recibirá una carta con el monto de su nueva prima.

Nombre, inicial y apellido – Miembro

Fecha de nacimiento – Miembro	Número de caso o identificación de ForwardHealth - Miembro

Nombre, inicial del segundo nombre y apellido: persona que completó la encuesta

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, dhscrc@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).	**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).