

SOLICITUD PARA NO PAGAR SU PRIMA DEL PLAN DE COMPRA DE MEDICAID POR POCO TIEMPO DEBIDO A UNA SITUACIÓN DIFÍCIL

(REQUEST TO NOT PAY YOUR MEDICAID PURCHASE PLAN PREMIUM FOR A SHORT TIME BECAUSE OF A DIFFICULT SITUATION)

Instrucciones: Si usted paga una prima por el Medicaid Purchase Plan (plan de compra de Medicaid, MAPP) y no puede pagar esa prima debido a una situación difícil, utilice este formulario para pedir no pagar su prima por poco tiempo. Los ejemplos de una situación difícil incluyen gastos inesperados relacionados con el trabajo, gastos inesperados que puede tardar unos meses en saldar o no poder encontrar cuidado infantil.

Su solicitud para no pagar primas puede aplicar hasta tres meses de forma retroactiva. Se puede otorgar una solicitud por no más de 12 meses para cada situación difícil. La información que brinde en este formulario solo se usará para ver si cumple con las normas para no pagar una prima del MAPP por poco tiempo. Este formulario debe ser completado y firmado por la persona que solicita no pagar su prima del MAPP o por un representante.

Prueba de situación difícil

Además de completar este formulario, debe presentar una prueba de la situación que dificulta su pago de su prima del MAPP por poco tiempo. Por ejemplo, si tuvo gastos inesperados por su vehículo, podría incluir un recibo de pago de dichos gastos.

Si no presenta una prueba junto con este formulario, su agencia le enviará una carta solicitándola. Si no presenta una prueba dentro del plazo indicado en la carta, su solicitud para no pagar su prima del MAPP se rechazará. Una vez enviado su formulario, la agencia aprobará o rechazará su solicitud en un plazo de 30 días.

Opciones de envío

Envíe este formulario y su prueba en una de las siguientes maneras:

- **Aplicación móvil:** Tome una foto de todas las páginas del formulario y su prueba de la situación difícil y envíelas con la aplicación móvil MyACCESS.
 - **En línea:** Escanee todas las páginas del formulario para ACCESS. Puede hacer mediante su cuenta en ACCESS, a la cual puede acceder en access.wi.gov.
 - **Por fax:**
 - Si vive en el **condado de Milwaukee**, envíe el formulario por fax al 888-409-1979.
 - Si **no** vive en el condado de Milwaukee, envíe el formulario por fax al 855-293-1822.
 - **Por correo:**
 - Si vive en el **condado de Milwaukee**, envíe el formulario por correo a la siguiente dirección:
Milwaukee Enrollment Services
6055 N. 64th St.
Milwaukee, WI 53218
 - Si **no** vive en el condado de Milwaukee, envíe el formulario por correo a la siguiente dirección:
CDPU
P.O. Box 5234
Janesville, WI 53547
 - **En persona:** Lleve el formulario a su agencia. La información de contacto de su agencia figura en el sitio web del Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud) de Wisconsin en dhs.wi.gov/im-agency.
-

SECCIÓN 1 Información sobre el miembro



Nombre del miembro (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Número de teléfono

Número de caso (si lo conoce)

Fecha de nacimiento

SECCIÓN 2 Información acerca de la situación difícil



¿En qué mes y año comenzó la situación difícil?

¿Cuántos meses espera que dure la situación?

Explíquenos su situación difícil y por qué se le complica pagar su prima del MAPP. Presente una prueba de esta información junto con este formulario.

SECCIÓN 3 Firma y fecha



Al firmar este formulario, dice que la información brindada anteriormente es correcta y completa según su leal saber y entender.



FIRMA de la persona que envía esta certificación

Fecha de la firma

Nombre en letra de imprenta

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

El Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud) de Wisconsin cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo (lo que incluye embarazo, identidad de género y orientación sexual). El Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud) no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, país de origen, 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, dhsccr@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 Dutch) schwetzsch, kantscht 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) ເລີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ ແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໃຫ້ໂທຫາຕີ 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 lagu heli karaa. Soo wac 844-201-6870 (TTY: 711).