

**WISCONSIN DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**

Division of Medicaid Services

F-02603S (07/2020)

## SOLICITUD DE NO PAGAR LA PRIMA DE MEDICAID PURCHASE PLAN POR UN CORTO 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 paga una prima por el Medicaid Purchase Plan (MAPP) y no puede pagar esa prima debido a una situación difícil, use este formulario para pedir no pagar por su prima por un corto tiempo. Ejemplos de una situación difícil son, gastos inesperados relacionados con el trabajo, tener un gasto inesperado que puede tardar unos meses en pagarse, o no poder encontrar una guardería. La situación debe haber comenzado hace tres meses o menos y no puede durar más de 12 meses. La información que proporcione en este formulario sólo se utilizará para ver si cumple con las normas de no pagar una prima de MAPP por un corto período. Este formulario lo debe llenar y firmar la persona que solicita no pagar su prima de MAPP o su representante. Los cambios en los ingresos y las pruebas deben reportarse a la agencia también podría cambiar o reducir su prima.

#### Prueba de una situación difícil


Además de llenar este formulario, debe aportar pruebas de la situación que le dificulta el pago de la prima del MAPP durante un corto período de tiempo. Por ejemplo, si ha tenido gastos inesperados con su vehículo, puede incluir un recibo por el pago de esos gastos. Asegúrese de que la prueba incluya la fecha en que su situación debe mejorar. Adjunte su prueba a este formulario.

Si no proporciona pruebas con este formulario, su agencia le enviará una carta solicitando pruebas. Si no proporciona pruebas dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha de envío de la carta, su solicitud de no pagar su prima MAPP no será aprobada.

#### Opciones de envío

Envíe este formulario y su comprobante de 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 utilizando la aplicación móvil MyACCESS.
- **En línea.** Escanee todas las páginas del formulario para ACCESS. Puede hacerlo a través de su cuenta ACCESS, en la que puede iniciar sesión en [access.wi.gov](http://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 a:  
MDPU  
P.O. Box 05676  
Milwaukee, WI 53205
  - Si **no** vive en el condado de Milwaukee, envíe el formulario a:  
CDPU  
P.O. Box 5234  
Janesville, WI 53547
- **En persona.** Lleve el formulario a su agencia. La información de contacto de su agencia está en el sitio web del Departamento de Servicios de Salud de Wisconsin en [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm).

<b>SECCIÓN 1 Información del miembro</b>		
Nombre - Miembro (Apellido, nombre, inicial)		Número de teléfono
Número de caso (si se conoce)	Fecha de nacimiento	

**SECCIÓN 2 Información sobre la situación difícil**



¿En qué mes y año comenzó la situación difícil?

¿En qué mes y año comenzó la difícil situación?

Por favor, cuéntenos sobre su situación difícil y por qué es difícil pagar la prima de su MAPP. Proporcione una prueba de esta información junto con este formulario.

**SECCIÓN 3 Firma y fecha**



Al firmar este formulario, usted está diciendo que la información proporcionada anteriormente es correcta y completa a su mejor saber y entender.



**FIRMA** – Persona que presenta esta certificación

Fecha de la firma

Escriba el nombre en letra de molde

## 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, [dhscc@dhs.wisconsin.gov](mailto:dhscc@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>.

<b>Español (Spanish)</b> ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-201-6870 (TTY: 711).	<b>Deutsch (Pennsylvania Dutch)</b> Wann du Deitsch (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).
<b>Hmoob (Hmong)</b> 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).	<b>ພາສາລາວ (Laotian)</b> ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ ແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໃຫ້ໂທຫາເບີ 844-201-6870 (TTY: 711).
<b>繁體中文 (Traditional Chinese)</b> 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)。	<b>Français (French)</b> ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 844-201-6870 (ATS : 711).
<b>Deutsch (German)</b> ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 844-201-6870 (TTY: 711).	<b>Polski (Polish)</b> UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 844-201-6870 (TTY: 711).
<b>العربية (Arabic)</b> ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 844-201-6870 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).	<b>हिंदी (Hindi)</b> 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।
<b>Русский (Russian)</b> ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 844-201-6870 (телетайп: 711).	<b>Shqip (Albanian)</b> KUJDES: Nëse flisni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 844-201-6870 (TTY: 711).
<b>한국어 (Korean)</b> 알림: 한국어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-201-6870 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.	<b>Tagalog (Tagalog – Filipino)</b> 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).
<b>Tiếng Việt (Vietnamese)</b> 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).	<b>Soomaali (Somali)</b> 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).