|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| informe UN CAMBIO DE CIRCUNSTANCIAReport a change in circumstance | | | | | | |
| Utilice este formulario para informar un cambio en la situación de un miembro que aún no se haya notificado. Este formulario es para un miembro inscrito en SSI Medicaid. Debe proporcionar la prueba junto con el formulario. Por ejemplo, al informar la muerte de un miembro, se debe incluir una prueba como un obituario, un certificado de defunción o un informe del hospital, de lo contrario, este informe no es válido. Complete la información a continuación y envíe este formulario por correo electrónico a [SpecializedManagedCare@maximus.com](file:///C:\Users\PopeC\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.Outlook\WCPCMDZX\SpecializedManagedCare@maximus.com).   |  |  | | --- | --- | |  |  | | | | | | | |
| SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO | | | | | | |
| Nombre – Miembro (Apellido, Nombre, Inicial) | | | Identificación de Medicaid o número de caso | | | |
|  | | |  | | | |
| Dirección postal | Ciudad | | | | Código postal | | |
|  |  | | | |  | | |
| secCIÓn 2: INFORMACIÓN DEL REMITENTE | | | | | | |
| Nombre – Remitente u organización | | Fecha de envío | | | |
|  | |  | | | |
| Dirección postal | Ciudad | | | | Código postal | | |
|  |  | | | |  | | |
| Razón del cambio | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Tipo de prueba proporcionada | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **FIRMA** – Remitente u organización | | | | Fecha de la firma | | |

**USDA Nondiscrimination Statement**

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, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

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 discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: [How to File a Complaint](https://www.ascr.usda.gov/filing-program-discrimination-complaint-usda-customer). y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

(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: (202) 690-7442; o

(3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.