

**AVISO DE SOBREPAGO DE MEDICAID Y BADGERCARE PLUS  
MEDICAID AND BADGERCARE PLUS OVERPAYMENT NOTICE**

**INSTRUCCIONES:** Para ser completado por un trabajador de Mantenimiento de los Ingresos (Income Maintenance Worker) de la agencia local y enviado a los miembros. Guarde una copia para el expediente del caso.

Bajo los Wis. Stat. § 49.45(4), la información de identificación personal proporcionada se utiliza directamente para la administración del programa Medicaid y BadgerCare Plus.

Nombre del miembro (Apellido, Nombre, Inicial)

Dirección del miembro –Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

Los sobrepagos ocurren cuando los beneficios de Medicaid y BadgerCare Plus se le pagan a alguien que no era elegible para recibirlos, o cuando los pagos de Medicaid/BadgerCare Plus se hacen por la cantidad incorrecta. La cantidad que se recupera no puede exceder la cantidad de los beneficios de Medicaid/BadgerCare Plus que se proporcionaron incorrectamente.

Usted recibió más beneficios de Medicaid/BadgerCare Plus de los que era elegible a recibir. La cantidad de su sobrepago es de

\$ \_\_\_\_\_ ~~en~~ en este periodo \_\_\_\_\_ (fecha) a \_\_\_\_\_ (fecha).

Por ley usted debe reembolsar el sobrepago resultante del tipo de error descrito a continuación. Se le enviará un Acuerdo de Reembolso de Medicaid y BadgerCare Plus que explique cómo puede usted reembolsar este sobrepago.

**Razón por sobrepago**

Error del miembro

Error del miembro es cuando un miembro, o cualquier otra persona responsable de dar información en nombre del miembro, involuntariamente declaró información erróneamente. Un error del miembro incluye:

- Declaración errónea u omisión de información hecha por un miembro, o cualquier otra persona responsable de dar información en nombre del miembro, en una solicitud o revisión de Medicaid y BadgerCare Plus.
- Falta por parte del miembro o cualquier otra persona responsable de dar información en nombre del miembro de reportar cambios dentro de 10 días de haber ocurrido.

Fraude

Fraude ocurre cuando un miembro intencionalmente omite o proporciona información errónea al momento de la solicitud o revisión.

**Explicación del error:**

**Derecho a una Audiencia**

Usted tiene el derecho de solicitar una audiencia imparcial si usted cree que la decisión de la agencia de que usted recibió un sobrepago de Medicaid/BadgerCare Plus es incorrecta o si usted no está de acuerdo con la cantidad del sobrepago. Usted recibirá una Carta de Inscripción que explica sus derechos a la audiencia y como apelar. La carta le explicará que puede solicitar una audiencia oralmente o por escrito, dentro de 45 días a partir de la fecha de la carta. En una audiencia, usted puede ser representado por cualquier persona que usted elija.

|  |             |
|--|-------------|
| <b>SIGNATURE</b> – Income Maintenance Worker | Date Signed |
| County Agency Name                           | Case Number |