

**AVISO DE ASIGNACIÓN DE ACTIVOS
DE MIEMBRO DE MEDICAID
(MEDICAID MEMBER ASSET ALLOCATION NOTICE)**

Instrucciones: Este formulario debe ser completado por el trabajador de Mantenimiento de Ingresos (IM).
Provea una copia al miembro, esposo(a) en la comunidad y ponga una copia en el archivo del caso.

Nombre de miembro (Apellido, Nombre, Inicial)	Nombre del esposo(a) (Apellido, Nombre, Inicial)
---	--

El miembro de Medicaid nombrado anteriormente ha sido inscrito en Medicaid.

Los activos del esposo(a) en la comunidad es la porción del total de los activos combinados de la pareja que le corresponde al esposo(a) en la comunidad a partir de la fecha en que el miembro de Medicaid entró a la institución o que inicialmente solicitó participar en un Community Waivers Program.

Para poder ser inscrito en Medicaid el miembro de Medicaid y el esposo(a) en la comunidad que estén juntos no pueden tener activos contables que excedan \$ _____ como se muestra en el aviso sobre la porción de activos del esposo(a) en la comunidad. En el momento en que el miembro de Medicaid fue inscrito en Medicaid la pareja tenía \$ _____ en activos contables. El miembro de Medicaid debe transferir \$ _____ en activos al esposo(a) en la comunidad _____ (fecha) para poder mantenerse inscrito en Medicaid. El miembro de Medicaid no podría poseer activos que excedan \$ _____ y continuar inscrito en Medicaid. La transferencia de activos no exentos o bienes de familia por menos del valor del mercado realizada por un miembro de Medicaid para alguien que no sea el esposo(a) en la comunidad puede resultar en una multa de desinversión.

La transferencia de bienes no exentos o bienes de familia por menos del valor del mercado realizada por el esposo(a) en la comunidad, dentro de los primeros cinco años después de que el miembro de Medicaid se determinara elegible resultará en una multa de desinversión para el miembro de Medicaid.

El miembro de Medicaid y el esposo(a) en la comunidad tienen derecho a solicitar y recibir una audiencia imparcial con relación a:

- 1) La posesión y disponibilidad de activos.
- 2) El cálculo de la asignación de activos para el esposo(a) en la comunidad.
- 3) La cantidad de la porción de activos del esposo(a) en la comunidad.

Favor de ver abajo la información adjunta sobre cuando y como solicitar una audiencia imparcial.

FIRMA – Trabajador de Mantenimiento de Ingresos	Fecha de la firma	
No complete la parte sombreada.		
Nombre del caso	Número del caso	Agencia

SUS DERECHOS Y DEBERES PARA CUIDADO DE SALUD YOUR RIGHTS AND RESPONSIBILITIES FOR HEALTH CARE

USTED TIENE DERECHO A RECIBIR UNA NOTIFICACIÓN POR ESCRITO de parte de esta agencia antes de que se tome cualquier acción de parar o reducir sus beneficios de cuidado de salud (Medicaid, BadgerCare Plus, Family Planning Only Services). Para la mayoría de las acciones, usted recibirá una carta por lo menos 10 días antes de que se tome la acción.

USTED PUEDE SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL, si no está de acuerdo con cualquier acción tomada por la agencia. Usted puede solicitar una audiencia imparcial por escrito o en persona con la agencia que se indica en la parte frontal de este aviso. Usted también puede solicitar una audiencia imparcial por escrito al Department of Administration, Division of Hearings and Appeals, PO Box 7875, Madison, WI 53707-7875 o llamar al 1-608-266-3096. Su solicitud se debe recibir dentro de 45 días a partir de la fecha en vigencia de la acción.

En la mayoría de los casos, si la Division of Hearings and Appeals recibe su solicitud para una audiencia imparcial antes de la fecha en vigencia de la acción, sus beneficios de cuidado de salud y/o de FoodShare no se pararán ni se reducirán. Sus beneficios continuarán, por lo menos, hasta que se tome una decisión sobre su apelación. Durante este tiempo, si se produce otro cambio no relacionado, sus beneficios podrían cambiar. Si se produce otro cambio, usted recibirá una nueva carta. Si no está satisfecho con la decisión de la audiencia imparcial, puede apelar y solicitar una segunda audiencia imparcial. Si la decisión de la audiencia imparcial termina o reduce sus beneficios, usted tiene que pagar por los beneficios que obtuvo mientras estaba pendiente su apelación. Usted puede pedir no recibir beneficios continuos.

USTED PUEDE REPRESENTARSE A SÍ MISMO O SER REPRESENTADO por un abogado, amigo o alguien más que usted escoja en la audiencia o conferencia. No podemos pagar por su abogado. Sin embargo, hay servicios legales gratuitos que pueden estar disponibles para usted si usted califica.

Si usted no se presenta, o su representante no se presenta a la audiencia sin una causa justificada, su apelación se considerará abandonada y será descartada.

SI RECIBE BENEFICIOS DE CUIDADO DE SALUD, usted tiene que cooperar con la Child Support Agency (Agencia de Sustento de Menor), a menos que usted tenga una causa justificada. El trabajador puede proporcionar más información sobre cooperación relacionada al sustento de menor. Incluso si no puede inscribirse en cuidado de salud, hay ayuda disponible para obtener o aumentar los pagos por sustento de menor de su hijo(a). Para obtener más información, póngase en contacto con la Child Support Agency de su condado.

VERIFICACIÓN POR COMPUTADORA: Si usted trabaja, los salarios que usted reporte serán verificados por computadora contra los salarios que su empleador reporte al Department of Workforce Development. El Internal Revenue Service, Social Security Administration, Unemployment Insurance Division y el Department of Transportation también podrían ser contactados sobre los ingresos y los bienes que usted pueda tener.

LA TARJETA DE FORWARDHEALTH, cada vez que usted va a un proveedor de BadgerCare Plus o Medicaid le podrían pedir que muestre su tarjeta de ForwardHealth. Para algunos servicios, usted tal vez tenga que pagar un copago al proveedor. La cantidad dependerá del tipo de servicio y el costo de los servicios. Su proveedor le debe informar si se requiere un copago o si un servicio no está cubierto por su plan de cuidado de salud. Si tiene preguntas acerca de su plan de cuidado de salud, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-800-362-3002.

SI RECIBE BENEFICIOS O SERVICIOS, usted tiene que seguir las reglas siguientes:

- **NO** dar información falsa u ocultar información para obtener o continuar obteniendo beneficios.
- **NO** comerciar o vender tarjetas de ForwardHealth.
- **NO** alterar tarjetas para obtener los beneficios que usted no tiene derecho a recibir.
- **NO** use la tarjeta de ForwardHealth de otra persona.

DISCRIMINACIÓN

El Department of Health Services es un empleador de igualdad de oportunidades y servicios. Todas las personas que soliciten o reciban beneficios están protegidas contra la discriminación en base a raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo o religión. Las leyes estatales y federales requieren que todos los beneficios de cuidado médico de BadgerCare Plus se proporcionen sobre una base no discriminatoria.

Para preguntas sobre derechos civiles, llame al (608) 266-9372 (voz) o al 1-888-701-1251 (TTY).

Para presentar una queja por discriminación, póngase en contacto con el:

Wisconsin Department of Health Services
Affirmative Action/Civil Rights Compliance Office
1 W. Wilson, Room 555
Madison, WI 53707-7850

Teléfono: (608) 266-9372 (voz)
(888) 701-1251 (TTY)
(608) 267-2147 (fax)

O bien con el,

U.S. Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights – Region V
233 N. Michigan Avenue, Suite 240
Chicago, IL 60601

Teléfono: (312) 886-5077 (voz) o
(312) 353-5693 (TTY)

RE: Federal Regulations 42 CFR 431, 42 CFR 433, 42 CFR 435

Wisconsin Statutes 49.22, 49.45, 49.49, 49.95