

**Medicaid Qualified Medicare Beneficiary (QMB) /
 Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB) /
 Specified Low-Income Medicare Beneficiary Plus (SLMB+)
 Aviso de Aprobación de la Decisión**

**Medicaid Qualified Medicare Beneficiary (QMB) /
 Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB) /
 Specified Low-Income Medicare Beneficiary Plus (SLMB+)
 Approval Decision Notice**

Nombre de Beneficiario (Apellido, Nombre, Inicial)	Número de Caso
Dirección de Residencia (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)	Fecha

Comenzando _____ (mes/día/año), usted ha sido aprobado para que el programa *Medicaid* de Wisconsin pague por alguno de sus costos de cobertura de *Medicare*. El tipo de costo de protección que el *Medicaid Program* pagará:

- Usted califica como un QMB y *Medicaid* pagará por sus primas de *Medicare Part A* y *B* y por sus gastos de costo compartido [coseguro (coinsurance), co-pagos, deducibles].
- Usted califica como un SLM y *Medicaid* pagará por sus primas de *Medicare Part B*. Usted aún será responsable por su gastos de costo compartido de *Medicare* [coseguro (coinsurance), co-pagos, deducibles].
- Usted califica como un SLMB+ y *Medicaid* pagará por sus primas de *Medicare Part B*. Usted aún será responsable por su gastos de costo compartido de *Medicare* ([coseguro (coinsurance), co-pagos, deducibles].

Se toma aproximadamente dos meses cambiar la factura mensual federal de sus primas de *Medicare* por parte suya al programa *Medicaid*. Continúe pagando sus primas de *Medicare* hasta que usted reciba avisos que le indiquen cuando ocurrirá el cambio.

Si usted cree que no hemos manejado su determinación de elegibilidad de forma correcta, usted tiene el derecho de apelar la acción. Vea la información sobre audiencia imparcial adjunta.

Si usted tiene alguna pregunta, llame a su trabajador de apoyo económico al:

Nombre – Trabajador de Apoyo Económico (Nombre y Apellido)	Número de Teléfono
--	--------------------

Lo siguiente es la información financiera usada para determinar la elegibilidad de QMB/SLMB/SLMB+.

1. Total de Bienes	\$
2. Limite de Bienes de MB/SLMB/SLMB+	\$
3. Ingreso Ganado Bruto	\$
4. Ingreso Ganado Desatención (<i>Disregard</i>)	- \$
5. <i>Social Security</i> Bruto (cheque de <i>Social Security</i> más prima de <i>Medicare</i>)	+\$
6. Otro Ingreso No Ganado	+\$
7. Deducciones de Ingreso	- \$
8. \$20 Desatención (<i>Disregard</i>)	- \$
9. Ingreso Neto	=\$
10. Limite de Ingreso de QMB	\$
11. Limite de Ingreso de SLMB	\$
12. Limite de Ingreso de SLMB+	\$

INFORMACION SOBRE AUDIENCIA IMPARCIAL DE MEDICAID/BADGERCARE PLUS

Si usted no está satisfecho con la decisión de *Medicaid/BadgerCare Plus* usted podría apelar la decisión por medio a la solicitud de una Audiencia Imparcial por escrito o en persona en su departamento de servicios sociales o humanos de su condado/tribu. Usted también podría escribir a:

The Department of Administration
Division of Hearings and Appeals
PO Box 7875
Madison, WI 53707-7875
(608) 266-3096 (voz)

Si usted requiere ser acomodado por una discapacidad o una traducción de un idioma, favor de llamar al (608) 266-3096 (voz) o (608) 264-9853 (TTY). Estos números de teléfonos son sólo para el proceso administrativo de la audiencia.

Usted, su representante seleccionado (si tiene uno), y el departamento de servicios social o humano de su condado/tribu recibirán un aviso por escrito por lo menos 10 días antes de la audiencia imparcial explicando la hora, fecha y lugar de la audiencia. La audiencia tomará lugar en el condado donde usted viva.

Si usted presenta una apelación para descontinuar, terminar, o reducir beneficios antes de la fecha en que tomaría efecto el cambio, su protección puede continuar pendiente a la decisión de la audiencia. Su apelación debe incluir hechos importantes sobre la situación así como también su número de ID de *Medicaid*.

Su solicitud debe de ser recibida dentro de los 45 días a partir de la fecha de la acción para la cual usted está apelando.

PREPARACION PARA UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Usted tiene el derecho de traer testigos, su propio abogado, o a cualquier otro consejero a la audiencia imparcial. La agencia no puede pagar por un abogado para que represente la versión de su historia, pero podría ayudarle a encontrar asistencia legal gratis para fines de preguntas o representación en la audiencia imparcial.

Usted tiene el derecho, ambos antes de la audiencia y durante la audiencia, de ver los materiales escritos por parte de la agencia sobre el caso, incluyendo su registro del caso, en el cual la agencia basó su decisión.

Usted o su representante tiene el derecho de interrogar a cualquier persona que testifique en su contra en la audiencia imparcial. Usted también tiene el derecho a sus propios argumentos y a traer materiales escritos que muestren por que cree usted estar en lo correcto.

Si la audiencia imparcial se trata sobre si usted está o no incapacitado o discapacitado, usted tiene el derecho de presentar evidencias médicas como pruebas, pagadas por la agencia.

Si usted no habla ingles o requiere lenguaje en señas, usted tiene derecho a tener un intérprete presente en la audiencia. La *Division of Hearings and Appeals* podría autorizar el pago por traducciones o intérpretes necesarios si usted así lo pide.

CONTINUACION DE LOS BENEFICIOS

Si usted solicita una audiencia imparcial antes de la fecha en que tomaría efecto la acción tomada por la agencia, sus beneficios de *Medicaid* no serán reducidos o terminados hasta después de haberse conocido los resultados de la audiencia imparcial. Usted aún está requerido a informar cualquier cambio en sus circunstancias que pueda afectar el nivel de sus beneficios mientras esté pendiente su audiencia. Solicitar una audiencia imparcial no cancela los periodos de entrevistas normalmente programados.

EFFECTOS DE LA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si la decisión de la audiencia imparcial es a su favor:

- La agencia no tomará ninguna acción en contra suya.
- Si se han terminado sus beneficios, los mismos serán reintegrados.
- La fecha de reintegro será anotada en la copia sobre la decisión que usted reciba, ordenándole a la agencia reintegrar sus beneficios.

Si la audiencia imparcial va en su contra:

- La acción de la agencia permanecerá en pie y usted quizás tenga que reembolsar el costo de cualquier beneficio que usted haya recibido por error.

RE-AUDIENCIA (REHEARINGS)

Después de haber recibido la decisión de la audiencia imparcial, usted tiene derecho a solicitar una re-audiencia si se diera uno de los siguientes:

- Tiene nuevas evidencias importantes de las que usted no hubiera podido disponer antes de la audiencia, aún si hubiera tratado, que podría cambiar la decisión.
- Siente que hubo un error en los hechos de la decisión.
- Siente que hubo un error en la base legal de la decisión.

Si usted desea solicitar una re-audiencia, se deberá recibir una solicitud por escrito dentro de los 20 días a partir de la fecha en que fue tomada la decisión escrita del *Division of Hearings and Appeals*. La oficina de audiencia del estado decidirá dentro de 30 días si es justificable una re-audiencia.

COMO APELAR A LA DECISION DE UNA AUDIENCIA O RE-AUDIENCIA IMPARCIAL

Si usted no está de acuerdo con la decisión de la audiencia o re-audiencia imparcial, es posible todavía apelar a la Corte del Distrito de su condado. Esto se debe hacer dentro de los 30 días después de usted haber recibido la decisión por escrito de la audiencia imparcial o dentro de los 30 días a partir de la fecha en que fue negada la solicitud para una re-audiencia. Se debe completar una apelación a la Corte del Distrito por medio a presentar una petición con el Notario Público de su condado. Lo mejor sería disponer de asistencia legal, si decide apelar una audiencia imparcial en la corte del distrito.