DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
Division of Medicaid Services
F-10121S (07/2020)

BNK

REGISTRO DE LA CUENTA DE INDEPENDENCIA DEL MEDICAID PURCHASE PLAN

MEDICAID PURCHASE PLAN INDEPENDENCE ACCOUNT REGISTRATION

INSTRUCCIONES: La información que proporcione en este formulario sólo se utilizará para registrar una cuenta de independencia para el programa Medicaid Purchase Plan (MAPP). Una cuenta de independencia es una cuenta establecida a través de un banco o una cooperativa de crédito que le permite ahorrar más dinero que la cantidad límite de activos del MAPP. Esta cuenta se debe establecer después de que le hayan dicho que puede obtener los beneficios del MAPP. También se le permite registrar una cuenta de jubilación que ya tiene.

Puede depositar el dinero que gana de su trabajo(s) en una cuenta de independencia para ahorrar para la jubilación u otras situaciones. No se pueden utilizar para otros fines, como el depósito de dinero de una herencia. Puede depositar hasta la mitad de la cantidad que gane de su(s) trabajo(s) durante el año sin ningún cargo. Si deposita más de eso, es posible que se le agregue un cargo a su prima mensual del MAPP.

Debe mantener su(s) cuenta(s) de independencia separada(s) de sus otras cuentas, a menos que esté registrando una cuenta de jubilación que ya tiene. Si registra una cuenta de jubilación que ya tiene, contaremos como un activo el dinero que tenía en ella antes de que se inscribiera en MAPP. Si deja de recibir los beneficios del MAPP, cualquier dinero que deposite en la cuenta de jubilación se contará como un activo, a menos que empiece a recibir el MAPP de nuevo y registre la cuenta de jubilación de nuevo.

Si deja de recibir el MAPP y más adelante se vuelve a inscribir, sus cuentas de independencia y cualquier interés, ganancia o dividendo de esas cuentas (excepto el monto inicial de una cuenta de pensión o de jubilación) no contarán como parte del límite de activos de $15,000, **siempre y cuando no deposite dinero en una cuenta de independencia que no sea de jubilación mientras no sea miembro del MAPP**. Si deposita dinero en una cuenta de independencia que no sea una cuenta de jubilación mientras no esté inscrito en el MAPP, tendremos que contar todo el dinero de esa cuenta como parte del límite de activos.

Cómo presentar este formulario

Envíe su formulario completo de una de las siguientes maneras:

- **En línea.** Puede usar el sitio web de ACCESS para enviar una copia electrónica de este formulario en línea. Visite access.wi.gov
- **Fax.** Si vive en el **condado de Milwaukee,** envíe el formulario por fax al 888 409 1979.
- **En persona.** Lleve el formulario a su agencia. La información de contacto de su agencia está en el sitio web del Department of Health Services de Wisconsin en www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm.
- **Correo**. Si vive en el condado de Milwaukee, envíe el formulario por correo a:

  MDPU
  PO Box 05676
  Milwaukee, WI 53205

  Si **no** vive en el condado de Milwaukee, envíe el formulario por correo a:

  CDPU
  PO Box 5234
  Janesville, WI 53547

SECCIÓN 1 Información personal

Nombre - Persona (Apellido, Nombre, Inicial)	Número de caso

BNK

SECCIÓN 2 Información de la cuenta

Nombre - Institución financiera (banco, cooperativa de crédito o institución que administra su cuenta de retiro)	
Número de cuenta	Número de teléfono - Institución financiera
Dirección - Institución financiera	

Ciudad	Estado	Código postal

Fecha qué abrió la cuenta	Tipo de cuenta de independencia ☐ Chequeos ☐ Ahorros ☐ Jubilación ☐ Otro: _____

SECCIÓN 3 Firma y fecha

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

FIRMA	Fecha de la firma

Agency Use Only: This information must be completed by the income maintenance worker. The worker will provide a copy to the member or authorized person and place one copy in the member's electronic case file.	
For non-Retirement Accounts, was member eligible for MAPP at the time the account was established? ☐ Yes ☐ No	For non-Retirement Accounts, did you verify that the Date the Account Opened was after MAPP eligibility was established? ☐ Yes ☐ No
Worker Decision ☐ Approved ☐ Not Approved	**Registration Date**: Non-Retirement account registration date = day before balance date Retirement account registration date = first date of eligibility or the date worker approves the Independence Account, whichever is later
Reason for non-approval	

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, dhscrc@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.

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-201-6870 (TTY: 711).	**Deitsch (Pennsylvania Dutch)** Wann du Deitsch (Pennsylvania Dutch) schwetzscht, kannscht du ebber griege as dich helfe kann mit Englisch, unni as es dich ennich eppes koschte zellt. Ruf 844-201-6870 uff (TTY: 711).
Hmoob (Hmong) 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).	**ພາສາລາວ (Laotian)** ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ ແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໃຫ້ໂທຫາເບີ 844-201-6870 (TTY: 711).
繁體中文 (Traditional Chinese) 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).	**Français (French)** ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 844-201-6870 (ATS : 711).
Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 844-201-6870 (TTY: 711).	**Polski (Polish)** UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 844-201-6870 (TTY: 711).
العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان اتصل برقم 844-201-6870 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).	**हिंदी (Hindi)** 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।
Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 844-201-6870 (телетайп: 711).	**Shqip (Albanian)** KUJDES: Nëse flisni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 844-201-6870 (TTY: 711).
한국어 (Korean) 알림: 한국어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-201-6870 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.	**Tagalog (Tagalog – Filipino)** 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).
Tiếng Việt (Vietnamese) 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).	**Soomaali (Somali)** FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadashid af Soomaali, adeegyada caawinta luuqada, oo bilaash ah, ayaa laguu heli karaa. Soo wac 844-201-6870 (TTY: 711).