

REPORTE DE CAMBIOS DE MEDICAID (MEDICAID CHANGE REPORT)

Si usted recibe Medicaid, usted tiene que reportar cualquier cambio en la composición del hogar (si alguien se muda dentro o fuera de su hogar, si alguien se casa, sale embarazada o da a luz), un cambio de dirección, en los ingresos, en los activos o en su situación de empleo **dentro de 10 días**. Si este reporte no proporciona suficiente espacio para documentar un cambio, adjunte una hoja de papel con la información adicional presentada por escrito. Usted también puede reportar cambios en línea en ACCESS.wi.gov, por teléfono o en persona.

Si usted no reporta cualquier cambio o si provee información falsa, podría recibir una multa, tener que reembolsar cualquier beneficio de *Medicaid* que usted reciba por error (aún si usted no uso su tarjeta), ser enjuiciado o las tres cosas. Usted tal vez tenga que proveer pruebas para cualquiera de los cambios que usted reporte.

La información personal identificable será sólo usada para la administración directa del programa *Medicaid*.

Su nombre	Número del caso	Encargado(a) del caso
-----------	-----------------	-----------------------

SECCIÓN 1 – CAMBIO DE DIRECCIÓN

Si usted se ha mudado, tiene que reportar su nueva dirección

Fecha del cambio	Nuevo número de teléfono		
Dirección nueva – calle	Ciudad	Estado	Código postal

SECCION 2 – CAMBIO EN LA COMPOSICIÓN DEL HOGAR

Usted tiene que informar si alguien se muda dentro o fuera de la casa, si alguien se casa, sale embarazada, o de a luz (incluya información sobre la persona que dio a luz y el recién nacido.)

Nombre(s) (apellido, nombre, inicial)	Fecha del cambio	
Número de seguro social (SSN)*	Fecha de nacimiento	Relación con la cabeza de familia
Describa el cambio		

*Proveer o solicitar un SSN es voluntario. Sin embargo, cualquier persona que quiera *Medicaid* de Wisconsin pero no quiera proveer su SSN o solicitar uno, no será elegible para beneficios, conforme a *Wisc. Stats. Section 49.82(2)*.

SECCIÓN 3 – CAMBIO EN LOS ACTIVOS

Usted tiene que reportar los cambios en el hogar relativos a dinero en efectivo, cuentas de banco, bonos, acciones, u otros bienes.

Nombre del propietario (apellido, nombre, inicial)	Fecha del cambio	
Tipo de activo	Describa el cambio	Valor o cantidad actual \$

SECCIÓN 4 – CAMBIO EN LOS RECURSOS/INGRESOS

Usted tiene que reportar cualquier cambio en los ingresos o recursos que usted y/o su esposo hayan cedido o vendido por menos del valor justo del mercado. Ejemplos de recursos incluyen de dinero en efectivo, bienes raíces, acciones o bonos, una herencia, etc.

Tipo de activos o ingresos	Fecha que fueron vendidos o cedidos	Valor de los activos o ingresos \$
¿Qué obtuvo usted a cambio?		

SECCIÓN 5 – CAMBIO EN LOS VEHÍCULOS

Usted tiene que informar si obtiene, vende o cede un carro, camión, motocicleta, bote, motor de nieve, u otro tipo de vehículo.

Nombre del propietario (apellido, nombre, inicial)			Fecha del cambio
Tipo de vehículo	Marca	Modelo	Año
Describe el cambio (compró, vendió, etc.)	Cantidad recibida \$	Valor justo del mercado* \$	Cantidad adeudada \$

* Nos referimos al valor justo del mercado a la cantidad que usted obtendría si vendiera el vehículo en el mercado libre.

SECCIÓN 6 – CAMBIO EN LOS INGRESOS

Usted tiene que reportar los cambios en la cantidad de ingreso bruto, una fuente nueva de ingreso, cambios en su situación laboral (de medio tiempo a tiempo completo o de tiempo completo a tiempo medio, pérdida de empleo), cambios en el salario o en el pago, cambios en la cantidad de Seguro Social, Seguro de Desempleo, Compensación del Trabajador, beneficios de Veteranos o cualquier otro cambio en la cantidad de dinero que el hogar reciba.

Nombre (apellido, nombre, inicial)	Fecha en que cambió el ingreso
Fuente de ingreso	Cantidad mensual \$
Frecuencia de pago <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Una vez al mes	

SECCIÓN 7 – OTROS CAMBIOS

Usted tiene que informar cualquier otro cambio que pueda afectar su elegibilidad para *Medicaid*. Ejemplos de otros cambios incluyen alguien que obtenga o cancele seguro médico, alguien que quede discapacitado o se recupere de una discapacidad. Un cambio también puede ser un cambio en los gastos como por ejemplo el aumento o rebaja de sus primas de seguro médico, costos médicos o costos de vivienda.

Describe el cambio
Fecha del Cambio
¿Espera usted que los cambios que usted reporto en este formulario permanezcan igual el próximo mes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde no, explique

SECCIÓN 8 – FIRMA

- Sí No Entiendo que hay sanciones que se aplican por encubrir información o dar información falsa.
- Sí No Entiendo que podría tener que re-embolsar cualquier beneficio que yo reciba por no reportar cambios de circunstancias (aún sin haber usado mi tarjeta de *Medicaid*).
- Sí No Estoy de acuerdo en proveer pruebas sobre cualquier cambio, si se me pide hacerlo.
- Sí No Mis respuestas en este reporte son correctas y de forma completa de acuerdo con mi leal saber y entender.

FIRMA – Solicitante/Representante/Tutor/Poder Notarial/Guardián

Fecha de la firma

Número de Teléfono (incluyendo código área)

Si este informe no proporciona suficiente espacio para documentar un cambio, adjunte una hoja de papel con la información adicional presentada por escrito.

Enviar solicitudes y/o verificaciones/pruebas por correo o fax

If you live in Milwaukee County:

MDPU
6055 N. 64th St.
Milwaukee, WI 53218

Fax: 1-888-409-1979

If you **do not** live in Milwaukee County

CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547-5234

Fax: 1-855-293-1822

También puede escanear y/o subir cualquier prueba por Internet en ACCESS.wi.gov.