|  |
| --- |
| **STATE OF WISCONSIN****NOD****DEPARTMENTS OF HEALTH SERVICES / CHILDREN AND FAMILIES**Divisions of Medicaid Services / Family and Economic SecurityF-16001S (05/2018) |
| AVISO DE DENEGACIÓN DE BENEFICIOS / CAMBIO NEGATIVO EN LOS BENEFICIOSnotice of denial of benefits / negative change in benefits |
| Nombre − Solicitante / Miembro      | Fecha del aviso      | Número de caso      |
| STREET ADDRESS |
| CITY, ST ZIP CODE |
|

|  |  |
| --- | --- |
|  | The State of Wisconsin is an equal opportunity service provider. This letter contains information that affects your benefits. If you need this material in a different format because of a disability or if you need this letter translated or explained in your own language, please call <IM Agency Phone> for FoodShare, Health Care, Child Care or Caretaker Supplement. Call <W-2 Phone> or 711 (TTY) for W-2. These services are free. |

 |
| **Consulte la sección Comentarios adicionales/Explicación de la acción(es) para más detalles.** |
| **Child Care Assistance** |

[ ]  Su solicitud para asistencia de cuidado infantil ha sido negada.

[ ]  Su asistencia de cuidado infantil terminará el      .

[ ]  Su solicitud para asistencia de cuidado infantil ha sido cancelada debido a que usted retiró la solicitud.

[ ]  No hemos tomado una decisión sobre su solicitud para asistencia de cuidado infantil debido a que      .

|  |
| --- |
| **FoodShare de Wisconsin** |

[ ]  Su solicitud para FoodShare ha sido negada.

[ ]  Su solicitud para reemplazo de los beneficios de FoodShare ha sido negada. Consulte la sección Comentarios adicionales/Explicación de acción(es) para más información.

[ ]  Sus beneficios mensuales de FoodShare van a ser reducidos de $      a $      a partir del      .

[ ]  Sus beneficios de FoodShare terminarán el      .

[ ]  <member> no recibirá más los beneficios de FoodShare a partir del      .

[ ]  Su solicitud para los beneficios de FoodShare ha sido cancelada debido a que usted retiró la solicitud.

[ ]  Nosotros no hemos tomado una decisión sobre su solicitud para FoodShare porque      .

|  |
| --- |
| **Medicaid/BadgerCare Plus** |

[ ]  Su solicitud para Medicaid*/*BadgerCarePlus para los meses de       ha sido negada porque      .

[ ]  Sus beneficios de Medicaid*/*BadgerCarePlus terminarán el       porque      .

[ ]  Su solicitud para Medicaid */*BagerCarePlus ha sido negada porque su ingreso excede la cantidad máxima legal con $      por mes. Si usted incurre seis veces esta cantidad ($     ) en gastos médicos, es posible que usted pueda inscribirse. Comuníquese con su trabajador (a) para más detalles.

[ ]  La prima, responsabilidad del paciente o costo compartido para Medicaid*/*BadgerCarePlus ha incrementado a $      por mes, a partir del       porque      .

[ ]  Su solicitud para Medicaid*/*BadgerCare Plus ha sido cancelada debido a que usted retiró la solicitud.

[ ]  Su *Undue Hardship Waiver Request* fue negada. Consulte la sección Comentarios adicionales/Explicación de acción(es) para más información.

[ ]  Nosotros no hemos tomado una decisión sobre su solicitud de Medicaid*/*BadgerCare Plus porque      .

|  |
| --- |
| **Wisconsin Works (W-2)** |

[ ]  Su solicitud para los programas [ ]  W-2, [ ]  Job Access Loan (JAL) o [ ]  Emergency Assistance (EA) ha sido negada - marque sólo un programa.

[ ]  Sus beneficios de W-2 terminarán en       porque      .

[ ]  Su pago del W-2 será reducido de $      a $      a partir del      .

[ ]  Su solicitud para W-2 ha sido cancelada debido a que usted retiró la solicitud.

[ ]  Nosotros no hemos tomado una decisión sobre su solicitud para elW-2porque      .

|  |
| --- |
| **Otro** |

[ ]  Su solicitud/revisión para       (programa) ha sido negada a partir del      .

**NOD**

[ ]  Su solicitud/revisión para       (programa) ha sido negada a partir del      .

|  |
| --- |
| **Comentarios adicionales/ Explicación de la acción(es)** |
| **INSTRUCTIONS TO WORKERS:** Include income and expenses used in the eligibility determination. For Medicaid and BadgerCare Plus cases, include the appropriate legal citation for this action. |

|  |
| --- |
| Si usted no está de acuerdo con la decisión sobre sus beneficios de Medicaid, BadgerCare Plus, FoodShare o asistencia de cuidado infantil, puede solicitar una audiencia imparcial. Por favor, consulte la información adjunta sobre audiencias imparciales.Si no está de acuerdo con la decisión del W-2, puede solicitar una revisión de los hechos (fact finding review)*.* Usted debe solicitar la revisión dentro de 45 días a partir de la fecha de esta notificación, o dentro de 45 días a partir de la fecha en vigor de la decisión anunciada en esta notificación, cualquiera de las dos que ocurra de último. |
| Si tiene preguntas, favor de comunicarse con: |
| Agency Contact Info |

**DISTRIBUTION:** Member/Applicant – Original; Case File – Copy

**SUS DERECHOS Y DEBERES PARA FOODSHARE, MEDICAID Y BADGERCARE PLUS**

**NOD**

**Usted tiene derecho a recibir una notificación por escrito** de esta agencia antes de que se tome cualquier acción a detener o reducir su cuidado de salud (Medicaid, BadgerCare Plus, Family Planning Only Services) o beneficios de FoodShare. 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 para el cuidado de la salud o los beneficios de FoodShare** si no está de acuerdo con cualquier acción de la agencia. Usted puede solicitar una audiencia imparcial por escrito o en persona en la agencia que aparece en la parte delantera de esta notificación. Para FoodShare, su agencia puede tomar su petición verbalmente. 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 llamando al 1-608-266-3096. Según lo dispuesto por Wis. Admin. Code § HA 3.03, su petición se tiene que recibir (1) dentro de 45 días de la fecha en vigor de la acción para el cuidado de la salud y (2) dentro de 90 días de la fecha en vigor de la agencia para FoodShare o en cualquier momento mientras usted está recibiendo los beneficios de FoodShare, si usted no está de acuerdo con la cantidad de sus beneficios.

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

**Usted puede representarse a sí mismo o ser representado** en la audiencia o conferencia por un abogado, amigo o cualquier otra persona que usted elija. No podemos pagar por su abogado. Sin embargo, los servicios legales gratuitos pueden estar disponibles para usted si califica.

Si usted no comparece, o su representante no comparece a la audiencia sin una buena causa, su apelación se considerará abandonada y será anulada.

**Si recibe beneficios de atención médica**, debe cooperar con la Agencia de Manutención de Menores, a menos que tenga una causa justificada. Su trabajador puede proporcionar más información sobre la cooperación de manutención infantil. Incluso si usted no puede inscribirse en el cuidado de salud, la ayuda está disponible para obtener o aumentar sus pagos de manutención. Comuníquese con la Agencia de Manutención de Menores de su condado para obtener más información.

**Comprobación por computadora:** Si usted trabaja, los salarios que informe serán comprobados con los salarios que informe su empleador al Department of Workforce Development. El Internal Revenue Service, Social Security Administration, Unemployment Insurance Division y el Department of Transportation también pueden ser contactados sobre los ingresos y bienes que usted tenga.

**Si está inscrito en un programa de cuidado de la salud**, cada vez que vaya a un proveedor de BadgerCare Plus o Medicaid, se le pedirá que muestre su tarjeta de ForwardHealth. Para algunos servicios, puede que tenga que pagar un copago al proveedor. La cantidad dependerá del tipo de servicio y del costo del servicio. Su proveedor debe decirle si se requiere un copago o si un servicio no está cubierto por su plan de cuidado de salud. Si tiene preguntas sobre su plan de cuidado de salud, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-800-362-3002.

**Si obtiene beneficios o servicios**, tiene que seguir estas reglas:

* **NO** dar información falsa u ocultar información para obtener o continuar obteniendo beneficios.
* **NO** negociar ni vender los beneficios de FoodShare (tarjeta Quest) o las tarjetas de ForwardHealth.
* **NO** alterar las tarjetas para obtener beneficios que no tiene derecho a obtener.
* **NO** utilizar los beneficios de FoodShare para comprar artículos no elegibles, como alcohol o tabaco.
* **NO** utilizar la tarjeta Quest o ForwardHealth.

**ADVERTENCIA DE SANCIÓN DE FOODSHARE**

A cualquier miembro de su familia que intencionalmente viole cualquiera de las siguientes reglas se le puede excluir de FoodShare durante 12 meses después de la primera violación, 24 meses después de la segunda violación o por la primera violación que involucre una sustancia controlada y permanentemente por la tercera violación.

* Dar información falsa u ocultar información para obtener o continuar obteniendo los beneficios de FoodShare,
* Negociar o vender los beneficios de FoodShare,

**NOD**

* Utilizar los beneficios de FoodShare para comprar artículos no alimenticios como alcohol o tabaco,
* Utilizar los beneficios de FoodShare de otra persona, las tarjetas de identificación u otra documentación.

Dependiendo del valor de los beneficios mal utilizados, usted puede también puede recibir una multa de hasta $250,000, ser encarcelado por 20 años o ambos. Un tribunal puede también excluirlo de FoodShare de Wisconsin por unos 18 meses adicionales. Usted será descalificado permanentemente si se le declara culpable de traficar con los beneficios de FoodShare en la cantidad de $500 o más. No podrá participar en el FoodShare de Wisconsin por 10 años si se determina que ha hecho una declaración fraudulenta o representación con respecto a la identidad y a la residencia para obtener múltiples beneficios al mismo tiempo. Criminales prófugos y transgresores/infractores de la libertad condicional no pueden participar en el FoodShare de Wisconsin. También puede ser sujeto a enjuiciamiento adicional bajo otras leyes federales aplicables.

Si usted negocia (compra o vende) los beneficios de FoodShare a cambio se sustancias controladas/drogas ilegales, se le excluirá del programa FoodShare durante un período de 2 años para la primera conclusión y permanentemente para la segunda conclusión. Si comercia (compra o vende) armas de fuego, municiones o explosivos, se le excluirá del FoodShare de Wisconsin permanentemente.

**DECLARACIÓN CONJUNTA DE NO DISCRIMINACIÓN DEL USDA**

A esta institución se le prohíbe discriminar sobre la base de raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo y en algunos casos religión o creencias políticas.

Al U.S. Department of Agriculture también se le prohíbe la discriminación basada en raza, color, origen nacional, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas o represalia por actividad previa de los derechos civiles en cualquier programa o actividad conducido o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar un queja por discriminación, complete el [USDA Program Discrimination Complaint Form](http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Complain_combined_6_8_12.pdf), (AD-3027), en línea en: <http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html>, y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envié su formulario lleno o carta al USDA por:

(1) correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;

(2) fax: (202) 690-7442; o

(3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Para más información relacionada con problemas del Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), las personas deben ponerse en contacto con la línea directa del USDA SNAP al (800) 221-5689, que también está en español, o llamar al [State Information/Hotline Numbers](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm) (haga clic en el enlace para obtener una lista de los números de línea directa por estado); localizados en línea en: <http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm>.

Para presentar una queja por discriminación con respecto a un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Department of Health and Human Services (HHS) de los Estados Unidos, escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (TTY).

**NOD**

Esta institución es un empleador y proveedor de servicios que ofrece igualdad de oportunidades.

|  |
| --- |
| RE: Federal Regulations 7 CFR 273, 42 CFR 431, 42 CFR 433, 42 CFR 435Wisconsin Statutes 49.22, 49.45, 49.49, 49.95 |