

**NOTIFICACIÓN NEGATIVA
NEGATIVE NOTICE**

Solicitante / Nombre del Miembro (Apellido, Nombre, Inicial)	Número del Caso	Fecha
Dirección (Ciudad, Estado, Código Postal)		

Vea la sección Explicación de la Acción para más detalles.

Child Care Assistance

- Su solicitud para *Child Care Assistance* ha sido negada.
- Su *Child Care Assistance* terminará el _____.
- Su solicitud para *Child Care Assistance* ha sido cancelada debido a que usted retiró la solicitud.
- Nosotros no hemos tomado una decisión sobre su solicitud para *Child Care Assistance* porque _____.

FoodShare Wisconsin

- Su solicitud para *FoodShare* ha sido negada.
- Sus beneficios mensuales de *FoodShare* serán reducidos de \$ _____ a \$ _____ a partir del _____.
- Sus beneficios de *FoodShare* terminarán el _____.
- _____ (miembro) 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/BadgerCare Plus* para los meses de _____ ha sido negada porque _____.
- Sus beneficios de *Medicaid/BadgerCare Plus* terminarán el _____.
- Su solicitud para *Medicaid/BadgerCare Plus* 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/BadgerCare Plus* 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.
- Nosotros no hemos tomado una decisión sobre su solicitud de *Medicaid/Badger* porque _____.

Continúa

Wisconsin Works (W-2)

- Su solicitud para los programas *W-2*, *Job Access Loan* o *Emergency Assistance* ha sido negada (Marque sólo un programa).
- Sus beneficios de *W-2* terminarán en _____ porque _____.
- Su pago del *W-2* reducirá 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 el *W-2* porque _____.

Otro

- Su solicitud/revisión para _____ (programa) ha sido negada, a partir de _____.
- Su solicitud/revisión para _____ (programa) ha sido negada, a partir de _____.

Comentarios Adicionales/ Explicación de las Acciones. Por favor incluya los ingresos y gastos usados en la determinación de elegibilidad. (Para casos de *Medicaid* y *BadgerCare Plus* cite la autoridad legal para esta acción.)

Si usted no está de acuerdo con la decisión sobre sus beneficios de *Medicaid/BadgerCare Plus*, *FoodShare* o *Child Care Assistance*, puede pedir una audiencia imparcial. **Por favor vea la información adjunta acerca de audiencias imparciales.**

Si usted no está de acuerdo con la decisión de *W-2*, puede solicitar una revisión de los hechos (*Fact Finding Review*). Usted debe solicitar la revisión dentro los 45 días a partir de la fecha de esta notificación, o dentro de los 45 días a partir de la fecha en efecto de la decisión anunciada en esta notificación, cualquiera de las dos que ocurra más tarde.

Si tiene preguntas, favor de comunicarse con:

La agencia *W-2* del condado/tribu

SUS DERECHOS Y DEBERES PARA LOS SERVICIOS DE WISCONSIN WORKS (W-2), CHILD CARE ASSISTANCE, MEDICAID, BADGERCARE PLUS Y FOODSHARE WISCONSIN
Your Rights and Responsibilities for Wisconsin Works (W-2) Services, Child Care Assistance, Medicaid/BadgerCare Plus and FoodShare Wisconsin

USTED TIENE EL DERECHO A UNA NOTIFICACION ESCRITA de la agencia antes de que cualquier acción sea tomada de terminar o reducir sus beneficios de FoodShare o Medicaid/BadgerCare Plus. Para la mayoría de las acciones, una notificación le será enviada por lo menos 10 días antes que la acción sea tomada. Una notificación escrita de 10 días le será enviada antes que una acción sea tomada de terminar sus beneficios de *Child Care (Cuidado de Niño)*. (Esto no aplica a los pagos de *Wisconsin Works (W-2)*)

USTED PUEDE SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL PARA LOS BENEFICIOS DE FOODSHARE, MEDICAID/BADGERCARE PLUS O CHILD CARE si usted no está de acuerdo con cualquiera de las acciones de la agencia incluyendo la cantidad de sus beneficios de *FoodShare*. Usted puede solicitar una audiencia imparcial por escrito o en persona con la agencia que se enlista en el frente de esta notificación. También, usted puede solicitar una audiencia imparcial por escrito al *Department of Administration, Division of Hearings and Appeals (División de Audiencias y Apelaciones)*, PO Box 7875, Madison, WI 53707-7875 o por llamar al 1-608-266-7709. Su solicitud debe de ser recibida (1) entre los 45 días siguientes a la fecha de inicio de la acción por *Medicaid/BadgerCare Plus* y *Child Care* y, (2) entre los 90 días siguientes a la fecha de inicio de la acción por *FoodShare Wisconsin*.

En la mayoría de los casos, si su solicitud de una Audiencia Imparcial es recibida por la *Division of Hearings and Appeals* antes de la fecha en vigencia de la acción, sus beneficios de *Medicaid, BadgerCare Plus* y/o *FoodShare* no terminaran o serán reducidos. Los beneficios continuarán por lo menos hasta que la decisión sobre su apelación sea hecha. Durante este tiempo, si otro cambio no relacionado ocurre, sus beneficios de *Medicaid/BadgerCare* o *FoodShare* podrían cambiar. Si otro cambio ocurre, usted recibirá un nuevo aviso. Si usted no está satisfecho con la decisión de la audiencia imparcial, puede apelarla y solicitar una segunda audiencia imparcial. Si la decisión termina o reduce sus beneficios, quizás tenga que devolver cualquier beneficio que recibió cuando su apelación estaba pendiente. Usted podría pedir no recibir beneficios continuos.

USTED PUEDE SOLICITAR UNA REVISIÓN SOBRE LA INVESTIGACIÓN DE LOS HECHOS (FACT FINDING REVIEW) si usted no está de acuerdo con la decisión de *W-2*. Esta solicitud debe de ser hecha separada de cualquier solicitud de audiencia imparcial de los beneficios de *Medicaid, BadgerCare Plus, FoodShare* o *Child Care*. Usted debe solicitar una Revisión sobre la Investigación de los Hechos (*Fact Finding Review*) dentro de los 45 días a partir de la fecha en que usted fue informado de la decisión o, a partir de los 45 días de la fecha en vigencia de la decisión, cualquiera de las dos que sea más tarde. Usted puede solicitar una Revisión sobre la Investigación de los Hechos al llamar o escribir a su trabajador de la agencia *W-2*. Un especialista (*Fact Finder*) de *W-2* revisará su caso. El especialista de *W-2* revisará asuntos sobre servicios tales como posiciones de empleo o asistencia de emergencia. Dependiendo de la situación, los servicios *W-2* tal vez no continuen pendiente a la decisión de la Investigación de los Hechos. Si usted o su representante no comparece a la Investigación de los Hechos sin una causa justificada, su solicitud será considerada abandonada y será descartada.

USTED PUEDE REPRESENTARSE ASIMISMO O SER REPRESENTADO en la audiencia, conferencia o Investigación de los Hechos (*Fact Finding*) por un abogado, amigo o cualquier otra persona que usted escoja. Nosotros no podemos pagar por su abogado. Sin embargo, servicios legales pueden estar disponibles para usted si califica. Si usted no se presenta, o su representante no se presenta en la audiencia o *Fact Finding* sin causa justificada, su apelación se considerara abandonada y será descartada.

SI USTED RECIBE BENEFICIOS DE LOS PROGRAMAS W-2 O FOODSHARE, debe completar todas las actividades asignadas, incluyendo los requisitos de *Learnfare*, para recibir beneficios o pago completo. Cualquier hora perdida sin una causa justificada puede resultar en una reducción de pago o beneficios.

Rights and Responsibilities

F-10150S (11/10)

SI USTED ESTA RECIBIENDO BENEFICIOS DE W-2, MEDICAID/BADGERCARE PLUS, CHILD CARE O FOODSHARE, debe cooperar con la Agencia de Sustento de Menores (*Child Support Agency*) a menos que usted tenga una razón de causa justificada. Su trabajador le puede proveer más información acerca de la cooperación de sustento de menores. Aunque usted no será elegible para programas tales como *W-2, Medicaid, BadgerCare Plus, Child Care o FoodShare* de *Wisconsin*, hay ayuda disponible para obtener o aumentar sus pagos por sustento de menores. Comuníquese con la Agencia de Sustento de Menores de su condado para más información.

REVISION COMPUTARIZADA: Si usted trabaja, los salarios que usted reporte son revisados por la computadora con los salarios que su empleador reporta *al Department of Workforce Development, Internal Revenue Service, Social Security Administration, Unemployment Insurance Division* y el *Department of Transportation* pueden también ser contactados para obtener información acerca de ingresos y activos que usted pueda tener.

SI USTED RECIBE MEDICAID/BADGERCARE PLUS, presente su tarjeta *ForwardHealth* de *Medicaid* y *BadgerCare Plus* tales como, médicos, hospitales, farmacéutico, dentista, etc. cada vez que usted visite a un proveedor. Para algunos servicios, usted talvez tenga que pagar un co-pago a su proveedor. La cantidad depende de cuanto cueste el servicio. Su proveedor le debe indicar si se requiere de un co-pago o si un servicio específico no está cubierto por *Medicaid* o *BadgerCare Plus*. Su trabajador responderá a cualquier pregunta que usted pueda tener acerca de los programas de *Medicaid* y *BadgerCare Plus*.

SI USTED RECIBE BENEFICIOS O SERVICIOS, usted debe de seguir estas reglas:

- . • NO dé información falsa o esconda información para recibir o continuar recibiendo beneficios.
- . • NO intercambie o venda sus beneficios de *FoodShare* o tarjetas *ForwardHealth*.
- . • NO altere tarjetas para obtener beneficios que usted no está autorizado a recibir.
- . • NO use sus beneficios de *FoodShare* para comprar artículos no permitidos, como alcohol o tabaco.
- . • NO use los beneficios o la tarjeta *ForwardHealth* de otra persona.

Cualquier miembro de su grupo familiar que intencionalmente rompa cualquier regla de *FoodShare Wisconsin* puede ser excluido de recibir los beneficios de *FoodShare Wisconsin* por 12 meses después de la primera violación, 24 meses después de la segunda violación y permanentemente después de la tercera violación. Esta persona también puede recibir una multa de hasta \$250,000, encarcelamiento por hasta 20 años o ambos. Una corte puede también impedirle que reciba beneficios de *FoodShare Wisconsin* por 18 meses adicionales. La persona también puede ser sujeta a juicio en un futuro dentro de las leyes que aplican.

Cualquier miembro de su grupo familiar que intencionalmente rompa cualquier regla del programa con el propósito de obtener o seguir obteniendo la elegibilidad para *W-2* o para aumentar la cantidad de los pagos de *W-2* de la familia, puede causar una reducción o terminación de los servicios de *W-2*. Después de que ocurran tres (3) Violaciones Intencionales al Programa, la persona y el todo el grupo familiar de *W-2* pueden ser completamente excluidos del programa *W-2*. Las mismas reglas aplican para el programa de *Child Care*.

De acuerdo con la Ley Federal y la política del U.S. Department of Agriculture, esta institución tiene prohibido discriminar en base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, religión, creencias políticas o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba o llame al DHS Affirmative Action and Civil Rights Compliance Office, 1 W. Wilson St., Rm. 561, PO Box 7850, Madison WI, 53707-7850, Ph. (608) 266-9372 o al USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410, (866) 632-9992 (Voz).

Individuos con problemas de audición o que tienen problemas del habla pueden llamar usando el Federal Relay Service al (800) 877-8339; o (800) 845-6136 para Español. USDA es un proveedor y empleador que ofrece oportunidad igual a todos.

RE: Federal Regulations 7 CFR 273, 42 CFR 431, 42 CFR 433, 42 CFR 435; Wisconsin Statutes 49.141, 49.161, 49.22, 49.45, 49.49, 49.95