|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **STATE OF WISCONSIN**  **DEPARTMENTS OF HEALTH SERVICES / CHILDREN AND FAMILIES**  Divisions of Medicaid Services / Family and Economic Security  F-16015S (07/2020) | | |
| NOTIFICACIÓN DE APROBACIÓN DE LOS BENEFICIOS/CAMBIO POSITIVO EN LOS BENEFICIOSnotice of approval of benefits / positive change in benefits | | |
| Nombre – Solicitante / Miembro | Fecha de notificación | Número de caso |
| STREET ADDRESS  CITY, ST ZIP CODE | | |
| |  |  | | --- | --- | |  | El Estado de Wisconsin es un proveedor de servicios que ofrece igualdad de oportunidades. Esta carta contiene información que afecta sus beneficios. Si necesita este material en un formato distinto debido a una discapacidad o si necesita esta carta traducida o explicada en su propio idioma, por favor llame al <IM Agency Phone> para FoodShare, atención médica, cuidado infantil o Caretaker Supplement. Llame al <W-2 Phone> o al 711 (TTY) para W-2. Estos servicios son gratuitos. | | | |
| **FoodShare de Wisconsin** | | |
| Su solicitud de beneficios de FoodShare ha sido aprobada para el período certificado que empieza       y termina      . Pronto obtendrá beneficios de FoodShare en su tarjeta QUEST por la cantidad de $      por el mes(es) de      . Después de esto, recibirá $      en beneficios de FoodShare cada mes. Para continuar recibiendo los beneficios de FoodShare después que termine su período de certificación, deberá completar una renovación antes de que termine su período de certificación.  **Nota:** Si nunca ha tenido una tarjeta QUEST anteriormente, se le enviará una por correo. Si tenía una tarjeta QUEST, pero ya no la tiene, comuníquese con la línea de ayuda de Servicio al Cliente de la tarjeta QUEST al 1‑877‑415‑5164 para solicitar una nueva tarjeta. Si cualquier tarjeta QUEST en su cuenta se pierde o se la roban, es posible que tenga que pagar una tarifa de $2.70 para reemplazarla.  Sus beneficios de FoodShare han sido incrementados a $      a partir del       porque      . | | |
| **Medicaid y/o BadgerCare Plus** | | |
| Su solicitud de Medicaid y/o BadgerCare Plus ha sido aprobada para el período que empieza       y termina      .  Medicaid y/o BadgerCare Plusha sido aprobado para las siguientes personas      .  Su tarjeta de ForwardHealth (que deberá llevar con usted para demostrar que tiene cobertura de Medicaid y/o BadgerCare Plus) se enviará por correo el o alrededor del      . Puede esperar recibir su tarjeta entre 3 a 5 días hábiles a partir de esta fecha.  Su prima o responsabilidad ha disminuido a $      al mes, a partir del       porque      .  La cantidad de la prima de su Medicaid Purchase Plan o BadgerCarePlus es de $     .  Su límite de copago mensual de Medicaid o BadgerCare Plus es de $     . Esta es la cantidad máxima de copagos que tendría que pagar por los servicios cubiertos por Medicaid o BadgerCare Plus en un mes.  Su Undue Hardship Waiver Request para los servicios de cuidado a largo plazo de Medicaid o BadgerCare Plus fue aprobada. Para obtener más información, consulte la sección Comentarios adicionales/Explicación de la medida(s) en la página siguiente.  La cantidad del costo compartido de la exención comunitaria (community waiver) o la responsabilidad del hogar de ancianos para       es de $     . | | |
| **Wisconsin Works (W-2)** | | |
| Su solicitud para  W-2,  Job Access Loan (JAL), o  Emergency Assistance (EA) —marque sólo un programa— ha sido aprobada a partir del      .  Su primer pago de W-2 será de $      para el mes(es) de      . Después de esto, recibirá $      cada mes. Su primer pago se enviará el o alrededor del      , y puede esperar la entrega entre 3 a 5 días hábiles a partir de esta fecha.  Su pago de W-2 aumentará a $      por mes a partir del       porque      . | | |
| Su cheque de JAL en la cantidad de $      se enviará a la oficina de W-2 y llegará en los próximos 7 a 10 días hábiles.  Su cheque de EA por la cantidad de $      se enviará al vendedor/arrendador en los próximos 7 a 10 días hábiles. | | |
| **Otro** | | |
| Su solicitud/revisión para       (programa) ha sido aprobada a partir del      .  Su solicitud/revisión para       (programa) ha sido aprobada a partir del      . | | |
| **Comentarios /explicaciones adicionales de la medida(s).** | | |
| **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 no está de acuerdo con la decisión de FoodShare, Medicaid y/o BadgerCare Plus, puede solicitar una audiencia imparcial. Por favor, consulte las páginas a continuación para obtener información sobre las audiencias imparciales.  Si no está de acuerdo con la decisión del W-2, puede solicitar una revisión de los hechos (fact finding review)*.* 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 de la decisión anunciada en esta notificación, lo que ocurra más tarde. | | |
| Si tiene preguntas, por favor contacte: | | |
| Agency Contact Info | | |

**DISTRIBUTION:** Member – Original Case File – Copy

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

**Tiene derecho a recibir una notificación por escrito** de esta agencia antes de que se tome cualquier medida para parar o reducir su atención médica (Medicaid, BadgerCare Plus, Family Planning Only Services) o los beneficios de FoodShare. Para la mayoría de las medidas, recibirá una carta por lo menos 10 días antes de que la medida sea tomada.

**Puede solicitar una audiencia imparcial para la atención médica o los beneficios de FoodShare** si no está de acuerdo con alguna medida de la agencia. Puede solicitar una audiencia imparcial por escrito o en persona en la agencia que se indica en el frente de este aviso. En el caso de FoodShare, su agencia puede tomar su solicitud 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 solicitud se debe recibir (1) dentro de los 45 días de la fecha en vigor de la medida para la atención médica y (2) dentro de los 90 días de la fecha en vigor de la agencia para FoodShare o en cualquier momento mientras esté recibiendo los beneficios de FoodShare, si no está de acuerdo con la cantidad de sus beneficios.

En la mayoría de los casos, si la Division of Hearings and Appeals recibe su solicitud audiencia imparcial antes de la fecha en vigor de la medida, sus beneficios de atención médica y/o de FoodShare no se pararán ni se reducirán. Sus beneficios continuarán, por lo menos, hasta que se tome una decisión sobre su apelación. Durante este tiempo, si ocurre otro cambio no relacionado, sus beneficios de atención médica o de FoodShare pueden cambiar. Si ocurre otro cambio, recibirá una nueva carta. Si no está satisfecho con la decisión de la audiencia imparcial, puede apelar y solicitar una segunda audiencia imparcial. Si la decisión de la audiencia para o reduce sus beneficios, es posible que tenga que devolver los beneficios que obtuvo mientras estaba pendiente su apelación. Puede pedir que no se le sigan otorgando beneficios.

**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 se presenta, o su representante no se presenta a la audiencia sin una buena causa, su apelación se considerará abandonada y será desestimada.

**Si recibe los beneficios de atención médica**, debe cooperar con la agencia de manutención infantil (Child Support Agency), a menos que tenga una buena razón. Su trabajador puede proporcionar más información sobre la cooperación en materia de manutención infantil. Incluso si no puede inscribirse en la atención médica, hay ayuda disponible para obtener o aumentar sus pagos de manutención infantil. Comuníquese con la agencia de manutención infantil de su condado para obtener más información.

**Comprobación por computadora:** Si trabaja, los salarios que informe se compararán por computadora con los salarios que su empleador informe al Department of Workforce Development. También se puede contactar al Internal Revenue Service, Social Security Administration, Unemployment Insurance Division y al Department of Transportation sobre los ingresos y los bienes que pueda tener.

**Si está inscrito en un programa de atención médica**, cada vez que acuda a un proveedor de BadgerCare Plus o Medicaid, se le pedirá que muestre su tarjeta de ForwardHealth. Para algunos servicios, es posible que tenga que pagar un copago al proveedor. La cantidad dependerá del tipo de servicio y del costo del mismo. Su proveedor debe informarle si se requiere un copago o si un servicio no está cubierto por su plan de atención médica. Si tiene preguntas sobre su plan de atención médica, comuníquese con el departamento de servicios para miembros al 1-800-362-3002.

**Si recibe beneficios o servicios**, debe seguir estas reglas:

* **NO** dé información falsa ni oculte información para obtener o continuar obteniendo beneficios.
* **NO** intercambie ni venda los beneficios de FoodShare (tarjeta Quest) o de las tarjetas de ForwardHealth.
* **NO** altere las tarjetas para obtener beneficios a los que no tiene derecho.
* **NO** use los beneficios de FoodShare para comprar artículos no elegibles, como alcohol o tabaco.
* **NO** use la tarjeta Quest o ForwardHealth de otra persona.

**ADVERTENCIA DE PENALIZACIÓN DE FOODSHARE**

Cualquier miembro de su hogar que intencionalmente viole cualquiera de las siguientes reglas puede ser excluido de FoodShare por 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,
* Intercambiar o vender los beneficios de FoodShare,
* Usar los beneficios de FoodShare para comprar artículos no alimenticios como alcohol o tabaco,
* Usar los beneficios de FoodShare de otra persona, las tarjetas de identificación u otra documentación.

Dependiendo del valor de los beneficios mal utilizados, 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 intercambia (compra o vende) los beneficios de FoodShare a cambio se sustancias controladas/drogas ilegales, se le excluirá del programa FoodShare por un período de 2 años para la primera conclusión y permanentemente para la segunda conclusión. Si intercambiaa (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](mailto: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).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

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