

**ASIGNACION DE INGRESO DE MEDICAID PARA SERVICIOS DE CUIDADO A LARGO PLAZO  
 CON BASE EN LA COMUNIDAD  
 COMMUNITY-BASED LONG-TERM CARE SERVICES MEDICAID INCOME ALLOCATION NOTICE**

Este formulario ha sido completado por un miembro del personal de su agencia de mantenimiento de ingreso o tribal. Esta copia se ha hecho para usted, el miembro de Medicaid que recibe servicios de cuidado a largo plazo con base en la comunidad. Una copia del formulario también se le da a su cónyuge quien no recibe estos servicios. Se conoce a los cónyuges como “cónyuge de comunidad”.

Este formulario le explica a usted la cantidad máxima que puede asignar a su cónyuge de comunidad cada mes. El formulario también le dice la cantidad de ingreso que debe pagar por los servicios de cuidado a largo plazo con base en la comunidad.

<b>Nombre del miembro de Medicaid</b>	<b>Nombre del cónyuge de comunidad</b>
<b>Número del caso</b>	<b>Fecha en que se determine</b>

Si su cónyuge de comunidad tiene un ingreso mensual de menos de \$\_\_\_\_\_, usted, como miembro de Medicaid, podría asignar parte de su ingreso para aumentar el ingreso de su cónyuge de comunidad al máximo de \$\_\_\_\_\_ por mes.

Los dos pasos usados para calcular cuánto usted puede asignar a su cónyuge de comunidad aparecen en la Sección 1.

También podría asignar parte de su ingreso a cualquier miembro de la familia dependiente que vive con su cónyuge de comunidad para aumentar el ingreso de cada miembro de la familia dependiente hasta \$\_\_\_\_\_ al mes. Esto se conoce como una asignación de ingreso del dependiente de la comunidad.

Su cónyuge de comunidad y sus miembros de la familia dependientes deben reportar cualquier cambio en el ingreso dentro de 10 días del cambio a su agencia, de manera que las cantidades mostradas abajo puedan recalcularse.

<b>Sección 1: Pasos para calcular la cantidad de ingreso máximo que puede ser asignada al cónyuge de comunidad.</b>	<b>Cantidad</b>
1. A. Cantidad mínima de asignación de ingresos, determinada por la ley (actualizada el 1 de enero de cada año).	
B. Además del exceso de subvención de la vivienda. Estos son gastos que exceden el límite de costo de vivienda en exceso del cónyuge de la comunidad de \$_____, según lo determina la ley (actualizada el 1 de enero de cada año). Incluyen el alquiler, principal e interés de la hipoteca, impuestos y aseguranza, cualquier cuota de mantenimiento requerida, y una asignación de servicio público estándar.	+
C. <b>Es igual a</b> la asignación de ingreso mensual máximo permitido.	=
2. Menos el ingreso bruto mensual actual del cónyuge de comunidad.	-
3. <b>Es igual a</b> la cantidad máxima de ingreso que el miembro de Medicaid puede asignar al cónyuge de comunidad. El miembro de Medicaid podría asignar una cantidad menor que ésta, pero no mayor que ésta a menos que sea ordenado por una audiencia imparcial. Esta cantidad no puede ser mayor de _____, según lo determina la ley.	=

La cantidad de ingreso que el miembro de Medicaid debe pagar por sus servicios de cuidado a largo plazo con base en la comunidad se llama “costo compartido.” La calculación del costo compartido aparece en la Sección 2 abajo.

<b>Sección 2:</b> Pasos para calcular la contribución de costo compartido del miembro de Medicaid.	<b>Cantidad</b>
1. Ingreso mensual bruto del miembro.	
2. Menos \$65 y medio de los ingresos ganados del miembro (esto se llama ingresos ganados no considerados).	-
3. Menos la cantidad que el miembro asigna al cónyuge de comunidad (no puede ser más que en la línea 3 en Sección 1 arriba).	-
4. Menos ingreso especial exento como lo designa la ley, si es aplicable. Ingreso especial exento incluye pagos de sustento, algunas cuotas ordenadas por la corte, gastos asociados con una Custodia o un PASS Plan aprobada por la Social Security Administration, gastos por daños físicos relacionados con el trabajo (IRWE), y algunos gastos asociados con propiedades inmobiliarias en venta.	-
5. Menos la asignación de necesidades básicas según lo determina la ley (actualizada el 1 de enero de cada año).	-
6. Menos la cantidad de vivienda especial, si es aplicable. La cantidad de vivienda especial es igual a los gastos de vivienda mensuales, tales como renta, algún seguro, hipoteca, impuestos de la propiedad, servicios públicos, y cantidad de dormitorio para miembros de ciertos hogares de comunidad.	-
7. Menos cualquier asignación(es) de ingreso de dependientes de la comunidad, si es aplicable.	-
8. Menos cualquier prima de seguro de la salud, incluyendo primas de Medicare pagadas por el miembro.	-
9. Menos gastos médicos y remediales pagados del bolsillo propio del miembro según lo provee el personal del centro local de recursos de ancianos e incapacidad, el gerente de cuidado de la organización de cuidado manejado, o el consultante de IRIS (Include, Respect, I Self-Direct).	-
10. <b>Es igual al</b> costo compartido de Medicaid para los servicios de cuidado a largo plazo con base en la comunidad del miembro.	=

**Nota:** Si la cantidad máxima que puede asignar a su cónyuge de comunidad (#3 in Sección 1 arriba) es mayor que la cantidad que ha asignado actualmente, puede cambiarla. Debe comunicarse con su agencia de inmediato y decirles que desea cambiar la cantidad que está asignando a su cónyuge de comunidad. Usted y su cónyuge de comunidad tienen el derecho de apelar una decisión de Medicaid pidiendo una audiencia imparcial sobre:

- La posesión y disponibilidad del ingreso.
- El cálculo de la asignación del ingreso mensual del cónyuge de comunidad y otras asignaciones de ingreso de dependientes.
- La cantidad de la asignación de ingreso del cónyuge de comunidad.
- Un aumento en el ingreso mensual del cónyuge de comunidad debido a circunstancias excepcionales.

Favor de ver la información adjunta de la audiencia imparcial. Si tiene cualquier pregunta, puede contactar su agencia.

Si está en Family Care, Family Care Partnership, o PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly) y tiene dificultad para pagar el costo compartido por los gastos necesarios mensuales de la vida, podría pedir una exención o reducción de su costo compartido del Department of Health Services de Wisconsin.

Para pedir una exención o reducción de su costo compartido, completar y entregar el formulario de Application for Reduction of Cost Share (Solicitud para Reducción de Costo Compartido) F-01827. Puede obtener este formulario llamando al Wisconsin Department of Health Services al 855-885-0287 o entrando en [www.dhs.wisconsin.gov/library/f-01827.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/library/f-01827.htm). Debe proveer prueba de todo el ingreso y los gastos que reclama en el formulario.

**Nota:** Su agencia de mantenimiento de ingreso o tribal no maneja solicitudes de reducción de costos compartidos. Favor de no contactarles para solicitar el formulario ni les envíe el formulario.

## INFORMACIÓN SOBRE LA AUDIENCIA IMPARCIAL DE MEDICAID / BADGERCARE PLUS MEDICAID/BADGERCARE PLUS FAIR HEARING INFORMATION

En cualquier momento en que se le nieguen, reduzcan o terminen sus beneficios y piense que la oficina del condado o de la tribu cometió un error, contacte con la agencia local. Si la agencia local no está de acuerdo, puede pedirle al trabajador de la oficina local que le ayude a solicitar una conferencia previa a la audiencia y una audiencia imparcial.

### Conferencia previa a la audiencia

Es posible que pueda llegar a un acuerdo con la agencia local a través de una conferencia previa a la audiencia sin tener que esperar a que se lleve a cabo una audiencia imparcial. En una conferencia, usted puede contar su versión de los hechos y la agencia local le explicará por qué siente que se tomó la medida. Si la agencia local determina que ha cometido un error, cambiará su decisión y tomará medidas correctivas. Si la agencia local decide que su decisión inicial es la correcta y usted siente que la agencia local todavía está equivocada, tiene derecho a pasar por el proceso de audiencia imparcial.

**Tenga en cuenta:** El hecho de que haya aceptado tener una conferencia previa a la audiencia no afecta su derecho a tener una audiencia imparcial. Puede solicitar una audiencia imparcial y, si está satisfecho con la medida de la conferencia previa a la audiencia, puede cancelar su audiencia imparcial.

### Audiencia imparcial

Una audiencia imparcial le brinda la oportunidad de explicar por qué cree que la decisión sobre su solicitud o beneficios fue incorrecta. En la audiencia, un funcionario de audiencias lo escuchará a usted y a la agencia local para averiguar si la decisión fue correcta o incorrecta. Puede traer a un amigo o familiar a la audiencia. También puede obtener ayuda legal gratuita. (Consulte ayuda legal).

### Cuándo utilizar el proceso de audiencia imparcial

Si cree que su agencia local tomó una decisión incorrecta sobre su caso, se puede utilizar el proceso de audiencia imparcial para que se revise la decisión. Ejemplos incluyen:

- Su solicitud fue denegada o sus beneficios fueron suspendidos, reducidos o terminados y cree que la agencia local cometió un error.
- Cree que su solicitud para BadgerCare Plus fue denegada por error.
- Su solicitud no se resolvió en 30 días.
- Se rechazó la solicitud de autorización previa.

Lea cada aviso o carta de decisión detenidamente para que le ayude a comprender la medida tomada. Si el motivo del cambio en sus beneficios es un cambio de regla federal o estatal, la Division of Hearings and Appeals no necesita conceder una solicitud de audiencia imparcial.

### Cómo solicitar una audiencia imparcial

Pídale a su agencia local que lo ayude a solicitar una audiencia imparcial o escriba directamente a:

Department of Administration  
Division of Hearings and Appeals  
PO Box 7875  
Madison WI 53707-7875

O llame al 608-266-7709.

Si tiene acceso a Internet, puede encontrar el formulario de solicitud de audiencia imparcial (Fair Hearing Request) en [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm). Si elige escribir una carta en lugar del formulario, debe incluir lo siguiente:

- Su nombre
- Su dirección postal
- Una breve descripción del problema
- El nombre de la agencia local que tomó la medida o denegó el servicio
- Su número de seguro social
- Su firma

Su solicitud debe incluir los hechos importantes del asunto y su número de identificación de BadgerCare Plus. La apelación debe hacerse a más tardar 45 días después de la fecha de la medida. Su último aviso tendrá la fecha en la que debe solicitar una audiencia.

Si necesita una acomodación por discapacidad o servicios de interpretación, llame al 608-266-7709. Este número de teléfono es solo para el proceso de audiencia administrativa.

Usted o su representante elegido (si lo hay) y la agencia local recibirán un aviso por escrito de la hora, fecha y lugar de la audiencia al menos 10 días antes de la audiencia imparcial. La audiencia se llevará a cabo en el condado donde vive.

### **Preparación para una audiencia imparcial**

Tiene derecho a traer testigos, su propio abogado u otro asesor a la audiencia imparcial. La agencia no puede pagar a un abogado para que lo represente, pero es posible que puedan ayudarlo a encontrar ayuda legal gratuita para cualquier pregunta que pueda tener o a alguien que lo represente en la audiencia imparcial. (Consulte ayuda legal para obtener más información).

Tiene derecho, tanto antes de la audiencia como durante la audiencia, a ver los materiales escritos de la agencia local sobre el caso, incluido el expediente de su caso, en el que la agencia local basó la decisión.

Usted o su representante tienen derecho a interrogar a cualquier persona que testifique en su contra en la audiencia imparcial. También tiene derecho a presentar sus propios argumentos y traer material escrito que demuestre por qué cree que tiene razón.

Si la audiencia imparcial se trata sobre si usted está o no incapacitado o discapacitado, tiene derecho a presentar evidencia médica como prueba, pagada por la agencia.

Si no habla inglés o usa el lenguaje de señas, tiene derecho a tener un intérprete en la audiencia. La Division of Hearings and Appeals puede permitir el pago de la traducción o los intérpretes si usted lo pide.

### **Puede seguir obteniendo beneficios**

Si solicita una audiencia imparcial antes de la fecha de entrada en vigor de la medida de la agencia local, puede pedir que sus beneficios no se reduzcan o terminen hasta después de que se conozcan los resultados de la audiencia imparcial. Si la audiencia imparcial no está a su favor, tendrá que devolver los beneficios que no debería haber recibido. Aún así, deberá informar de cualquier cambio requerido mientras esté pendiente la audiencia que pueda afectar el nivel de sus beneficios. Debe completar cualquier revisión, incluso si está solicitando una audiencia imparcial.

### **Efectos de la audiencia imparcial**

Si la decisión de la audiencia imparcial está a su favor:

- La agencia local no tomará ninguna medida en su contra.
- Los beneficios se restituirán si terminaron.
- La fecha de restitución de los beneficios se indicará en la copia de la decisión que reciba, ordenando a la agencia local que restituya sus beneficios.

Si la decisión de la audiencia imparcial no es a su favor, la acción de la agencia local se mantendrá y tendrá que devolver los beneficios que no debería haber obtenido.

### **Nueva audiencia (Rehearings)**

Después de recibir la decisión de la audiencia imparcial, tiene derecho a solicitar una nueva audiencia si:

- Tiene nueva evidencia que no pudo haber puesto a la disposición antes de la audiencia, incluso si lo intentó, que podría cambiar la decisión.
- Siente que hubo un error en los hechos de la decisión.
- Siente que hubo un error en la base legal de la decisión.

La Division of Hearings and Appeals debe obtener una solicitud por escrito para una nueva audiencia dentro de los 20 días posteriores a la fecha de la decisión por escrito. La agencia estatal de audiencias decidirá dentro de los 30 días si se justifica una nueva audiencia. Si la oficina no emite una respuesta por escrito a la solicitud en 30 días, se asume que se rechaza su solicitud.

### **Cómo apelar una decisión de la audiencia imparcial o la nueva audiencia**

Si no está de acuerdo con la decisión de la audiencia imparcial o de la nueva audiencia, aún puede apelar ante el Tribunal de Circuito de su condado. Esto debe hacerse dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la decisión por escrito sobre la audiencia imparcial o dentro de los 30 días posteriores a la denegación de la solicitud para una nueva audiencia. Una apelación ante el Tribunal de Circuito debe realizarse presentando una petición ante el Secretario de los Tribunales (Clerk of Courts) de su condado. Es mejor contar con ayuda legal si decide apelar la decisión de una audiencia imparcial en el Tribunal de Circuito.

### **Ayuda legal**

Puede haber ayuda legal disponible a través de Wisconsin Judicare, Inc. o Legal Action of Wisconsin, Inc (LAW). Para encontrar la oficina más cercana a usted, llame a:

- Judicare al 715-842-1681 o visite [www.judicare.org](http://www.judicare.org)
- LAW al 888-278-0633 o visite [www.legalaction.org](http://www.legalaction.org).