

**AVISO SOBRE ASIGNACION DE INGRESO DE MEDICAID  
 MEDICAID INCOME ALLOCATION NOTICE**

Instrucciones: Su trabajador(a) deberá completar este formulario y facilitar una copia al miembro, esposo(o) en la comunidad y al archivo del caso.

Nombre del miembro (Apellido, Nombre, Inicial)	Nombre del Esposo(a) (Apellido, Nombre, Inicial)
------------------------------------------------	--------------------------------------------------

El miembro de *Medicaid* mencionado arriba ha sido determinado elegible para *Medicaid*. El esposo(a) mencionado arriba está designado como el esposo en la comunidad del miembro de *Medicaid*. Si el esposo(a) en la comunidad tiene un ingreso mensual de menos de \$ \_\_\_\_\_, el miembro de *Medicaid* puede asignar parte de su ingreso para aumentar el ingreso del esposo(a) en la comunidad a un máximo de \_\_\_\_\_ al mes o más si ha sido ordenado por una audiencia imparcial o una orden de la corte. El miembro de *Medicaid* también puede asignar parte de su ingreso a cualquier miembro de familia dependiente que viva con el esposo(a) en la comunidad para aumentar el ingreso de cada miembro de familia dependiente a un máximo de \$ \_\_\_\_\_ al mes. El esposo(a) en la comunidad debe informar cualquier cambio que surja en su ingreso mensual al departamento local de servicios social o humano del condado o tribu.

Reste las cantidades siguientes al ingreso bruto mensual del miembro de *Medicaid*:

- 1) Un subsidio personal con el cual el miembro se puede quedar para cubrir por los artículos de necesidades personales no cubiertos por *Medicaid*;
- 2) La cantidad de ingreso que actualmente recibe el esposo(a) en la comunidad;
- 3) El ingreso por subsidio para cada dependiente que viva con el esposo(a) en la comunidad aún ellos lo reciban o no.

La cantidad restante de ingreso del miembro de *Medicaid* después de las deducciones será la cantidad de ingreso que el miembro de *Medicaid* deberá contribuir hacia el costo de su cuidado médico. Estas calculaciones se muestran a continuación:

<b>Esposo(a) en la Comunidad</b>	<b>Cantidad</b>
1. Subsidio de Ingreso Mensual Máximo	
2. Menos Ingreso Mensual Actual del Esposo(a) en la Comunidad	-
3. Igual a la Cantidad de Ingreso Máximo que el Miembro de <i>Medicaid</i> puede asignar al Esposo(a) en la Comunidad	=

<b>Miembro de Medicaid</b>	<b>Cantidad</b>
Ingreso Bruto Mensual	
Menos Subsidio Personal	-
Menos la Cantidad Asignada Actual al Esposo(a) en la Comunidad (Cantidad enlistada en el #3 arriba)	-
Menos Subsidio de Dependiente	-
Menos Otras Deducciones	-
Igual a la Contribución de Costo de Cuidado	=

**AVISO SOBRE ASIGNACION DE INGRESO DE MEDICAID**

F-10097S (02/09)

Page 2 of 4

**NOD**

El miembro de *Medicaid* y el esposo(a) en la comunidad tienen el derecho de apelar a una decisión de *Medicaid* por medio a la solicitud de una audiencia imparcial relacionada con:

- 1) La propiedad y disponibilidad de ingreso.
- 2) El cálculo de asignación de ingreso mensual del esposo(a) en la comunidad y de otro subsidio de ingreso de dependiente.
- 3) La cantidad de asignación de ingreso del esposo(a) en la comunidad.
- 4) Un aumento en el ingreso mensual del esposo(a) en la comunidad debido a circunstancias excepcionales.

Favor de ver la información sobre audiencia imparcial adjunta.

<b>FIRMA</b> – representante de la agencia	Fecha de la Firma
--------------------------------------------	-------------------

**No complete el área sombreada.**

Case Name	Case Number	Agency Name

Adjunto

## **INFORMACION SOBRE AUDIENCIA IMPARCIAL DE MEDICAID/BADGERCARE PLUS**

Si usted no está satisfecho con la decisión de *Medicaid/BadgerCare Plus* usted podría apelar la decisión por medio a la solicitud de una Audiencia Imparcial por escrito o en persona en su departamento de servicios sociales o humanos de su condado/tribu. Usted también podría escribir a:

The Department of Administration  
Division of Hearings and Appeals  
PO Box 7875  
Madison, WI 53707-7875  
(608) 266-3096

Si usted requiere ser acomodado por una discapacidad o una traducción de idioma, favor de llamar al (608) 266-3096 (voz) o 711 (TTY). Estos números de teléfonos son sólo para el proceso administrativo de la audiencia.

Usted, su representante seleccionado (si tiene uno), y el departamento de servicios social o humano de su condado/tribu recibirán un aviso por escrito por lo menos 10 días antes de la audiencia imparcial explicando la hora, fecha y lugar de la audiencia. La audiencia tomará lugar en el condado donde usted viva.

Si usted presenta una apelación para discontinuar, terminar, o reducir beneficios antes de la fecha en que tomaría efecto el cambio, su protección puede continuar pendiente a la decisión de la audiencia. Su apelación debe incluir hechos importantes sobre la situación así como también su número de ID de *Medicaid*.

Su solicitud debe de ser recibida dentro de los 45 días a partir de la fecha de la acción para la cual usted está apelando.

### **COMO PREPARARSE PARA UNA AUDIENCIA IMPARCIAL**

Usted tiene el derecho de traer testigos, su propio abogado, o a cualquier otro consejero a la audiencia imparcial. La agencia no puede pagar por un abogado para que represente la versión de su historia, pero podría ayudarle a encontrar asistencia legal gratis para fines de preguntas o representación en la audiencia imparcial.

Usted tiene el derecho, ambos antes de la audiencia y durante la audiencia, de ver los materiales escritos por parte de la agencia sobre el caso, incluyendo su registro del caso, en el cual la agencia basó su decisión.

Usted o su representante tiene el derecho de interrogar a cualquier persona que testifique en su contra en la audiencia imparcial. Usted también tiene el derecho a sus propios argumentos y a traer materiales escritos que muestren por que cree usted estar en lo correcto.

Si la audiencia imparcial se trata sobre si usted está o no incapacitado o discapacitado, usted tiene el derecho de presentar evidencias médicas como pruebas, pagadas por la agencia.

Si usted no habla ingles o requiere lenguaje en señas, usted tiene derecho a tener un intérprete presente en la audiencia. La *Division of Hearings and Appeals* podría autorizar el pago por traducciones o intérpretes necesarios si usted lo pide.

### **CONTINUACION DE LOS BENEFICIOS**

Si usted solicita una audiencia imparcial antes de la fecha en que tomaría efecto la acción tomada por la agencia, sus beneficios de *Medicaid* no serán reducidos o terminados hasta después de haberse conocido los resultados de la audiencia imparcial. Usted aún está requerido a informar cualquier cambio en sus circunstancias que pueda afectar el nivel de sus beneficios mientras esté pendiente su audiencia. Solicitar una audiencia imparcial no cancela los periodos de entrevistas normalmente programados.

### **EFFECTOS DE LA AUDIENCIA IMPARCIAL**

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

- La agencia no tomará ninguna acción en contra suya.
- Si se han terminado sus beneficios, los mismos serán reintegrados.
- La fecha de reintegro será anotada en la copia sobre la decisión que usted reciba, ordenándole a la agencia reintegrar sus beneficios.

Si la audiencia imparcial va en su contra:

- La acción de la agencia permanecerá en pie y usted quizás tenga que rembolsar el costo de cualquier beneficio que usted haya recibido por error.

### **REAUDIENCIA (REHEARINGS)**

Después de haber recibido la decisión de la audiencia imparcial, usted tiene derecho a solicitar una reaudiencia si se diera uno de los siguientes:

- Tiene nuevas evidencias importantes de las que usted no hubiera podido disponer antes de la audiencia, aún si hubiera tratado, 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.

Si usted desea solicitar una reaudiencia, se deberá recibir una solicitud por escrito dentro de los 20 días a partir de la fecha en que fue tomada la decisión escrita del *Division of Hearings and Appeals*. La oficina de audiencia del estado decidirá dentro de 30 días si es justificable una re-audiencia.

### **COMO APELAR LA DECISION DE UNA AUDIENCIA O RE-AUDIENCIA IMPARCIAL**

Si usted no está de acuerdo con la decisión de la audiencia o reaudiencia imparcial, es posible todavía apelar a la Corte del Distrito de su condado. Esto se debe hacer dentro de los 30 días después de usted haber recibido la decisión por escrito de la audiencia imparcial o dentro de los 30 días a partir de la fecha en que fue negada la solicitud para una reaudiencia. Se debe completar una apelación a la Corte del Distrito por medio a presentar una petición con el Notario Público de su condado. Lo mejor sería disponer de asistencia legal, si decide apelar una audiencia imparcial en la Corte del Distrito.