

EXENCIÓN DEL REQUISITO DE TRABAJO DEL MEDICAID PURCHASE PLAN MEDICAID PURCHASE PLAN WORK REQUIREMENT EXEMPTION

INSTRUCCIONES: Si ha estado inscrito en el Medicaid Purchase Plan (MAPP) durante los últimos seis meses, puede usar este formulario para pedir que no se le exija cumplir con el requisito de trabajo del MAPP porque tiene una dificultad relacionada con la salud. (Esto podría ser una enfermedad mental o física grave o si está hospitalizado). Una exención le permite permanecer inscrito en MAPP hasta seis meses. Si no puede continuar trabajando, incluyendo el empleo, el trabajo por cuenta propia o el trabajo en especie (obtener bienes o servicios en lugar de dinero), el hecho de completar este formulario puede permitirle permanecer inscrito en MAPP y no tener que cumplir con el requisito de trabajo por un período corto. **Usted todavía tendrá que pagar la prima de MAPP.**

Una dificultad relacionada con la salud significa que su salud mental o física le impide realizar una actividad laboral o participar en el programa de asesoramiento sobre salud y empleo (Health and Employment Counseling). Para calificar, debe cumplir con todos los requisitos siguientes:

- Se espera que vuelva a su actividad laboral o a un programa de asesoramiento sobre salud y empleo en los próximos seis meses.
- Ha estado inscrito en MAPP durante los últimos seis meses.
- Está actualmente inscrito en MAPP y ha pagado todas las primas adeudadas de MAPP.
- No ha estado exento del requisito de trabajo por más de 12 meses en los últimos 36 meses.
- Proporciona una declaración del médico como prueba de que no puede trabajar o participar en un programa de asesoramiento sobre salud y empleo debido a una dificultad relacionada con la salud mental o física.

Cómo presentar este formulario

Envíe su formulario completo de una de las siguientes maneras:



Aplicación móvil

Tome una foto de todas las páginas del formulario y envíelas usando la aplicación móvil MyACCESS.



En línea

Escanee todas las páginas del formulario al sitio web de ACCESS. Puede hacerlo a través de su cuenta de ACCESS, a la que puede acceder en access.wi.gov.



Fax

- Si vive en el **condado de Milwaukee**, envíe el formulario por fax al 888-409-1979.
- Si no vive en el **condado de Milwaukee**, envíe el formulario por fax al 855-293-1822.



Correo

- Si vive en el **condado de Milwaukee**, envíe el formulario a:
MDPU
6055 N. 64th St.
Milwaukee, WI 53218
- Si no vive en el **condado de Milwaukee**, envíe el formulario a:
CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547



En persona

Lleve el formulario a su agencia. La información de contacto de su agencia está en el sitio web del Department of Health Services (DHS) de Wisconsin en dhs.wi.gov/im-agency.

SECCIÓN 1 Información personal




Nombre - Persona (Apellido, Nombre, Inicial)	Número de caso	PIN (opcional)
Fecha de la solicitud (mm/dd/aa)	Meses para los que se solicita la exención	

SECCIÓN 2 Firma y fecha



Al firmar este formulario, está indicando que la información que ha proporcionado es correcta y completa a su mejor saber y entender. Entiende que es posible que se le exija el pago de una prima, en función de sus ingresos, durante el período en que no tenga que cumplir con el requisito de trabajo. Entiende que debe proporcionar una declaración del médico como prueba dentro de los 20 días de habersele solicitado.

 FIRMA – Persona o representante de la persona que solicita la exención	Fecha de la firma
--	-------------------

Agency Use Only: This section must be completed by the income maintenance worker. The worker will provide a copy to the member or authorized person and place one copy in the member's case file.

Income Maintenance Worker Name – Individual (Last, First, Middle Initial)	Decision <input type="checkbox"/> Approved <input type="checkbox"/> Not Approved
Exemption Begin Date	Date of Decision
Reason for Non-Approval	

Nondiscrimination Notice: Discrimination is Against the Law – Health Care-Related Programs

Wisconsin Department of Health Services cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Department of Health Services no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Department of Health Services:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Department of Health Services civil rights coordinator (844-201-6870).

Si considera que Department of Health Services no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: Department of Health Services, Attn: Civil Rights Coordinator, 1 West Wilson Street, Room 651, PO Box 7850, Madison, WI 53707-7850, 608-267-4955, TTY: 711, Fax: 608-267-1434, dhscrc@dhs.wisconsin.gov. Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Department of Health Services civil rights coordinator está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE.UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-201-6870 (TTY: 711).	Deutsch (Pennsylvania Dutch) Wann du Deutsch (Pennsylvania Dutch) schwetzsch, kantscht du ebber griege as dich helfe kann mit Englisch, unni as es dich ennich eppes koschte zellt. Ruf 844-201-6870 uff (TTY: 711).
Hmoob (Hmong) LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 844-201-6870 (TTY: 711).	ລາວ (Laotian) ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ ແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໃຫ້ໂທຫາເບີ 844-201-6870 (TTY: 711).
繁體中文 (Traditional Chinese) 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 844-201-6870 (TTY: 711)。	Français (French) ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 844-201-6870 (ATS : 711).
Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 844-201-6870 (TTY: 711).	Polski (Polish) UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 844-201-6870 (TTY: 711).
العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 844-201-6870 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).	हिंदी (Hindi) ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 844-201-6870 (TTY: 711) पर कॉल करें।
Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 844-201-6870 (телетайп: 711).	Shqip (Albanian) KUJDES: Nëse flisni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 844-201-6870 (TTY: 711).
한국어 (Korean) 알림: 한국어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-201-6870 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.	Tagalog (Tagalog – Filipino) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 844-201-6870 (TTY: 711).
Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 844-201-6870 (TTY: 711).	Soomaali (Somali) FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadashid af Soomaali, adeegyada caawinta luuqada, oo bilaash ah, ayaa lagu heli karaa. Soo wac 844-201-6870 (TTY: 711).