

## 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 periodo 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](https://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  
PO Box 05676  
Milwaukee, WI 53205

- 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 [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm](https://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm).

## 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
----------------------------------	--

<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Firma y fecha</b>	
------------------	----------------------	---

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 10 días de habersele solicitado.

	<b>FIRMA</b> – Persona o representante de la persona que solicita la exención	Fecha de la firma
---	---	-------------------

<b>Agency Use Only:</b> 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	