



## State of Wisconsin

Case #:  
PIN:



El estado de Wisconsin es un proveedor de servicios que ofrece igualdad de oportunidades. Esta carta contiene información que afecta sus beneficios. Si requiere este material en un formato diferente debido a una discapacidad o si requiere que esta carta sea traducida o explicada en su propio idioma, por favor llame al . Estos servicios son gratuitos.

### AVISO DE SANCIÓN POR DESINVERSIÓN Y DIFICULTADES EXCESIVAS MÁS SOLICITUD DE EXENCIÓN

#### DIVESTMENT PENALTY AND UNDUE HARDSHIP NOTICE PLUS WAIVER REQUEST

Esta carta es para:

Anteriormente, recibió una carta informándole que no puede obtener cobertura de Medicaid para los servicios de atención a largo plazo por los siguientes motivos:

- Tiene un período de penalización por desinversión.
- Su vivienda tiene más de \$750,000 de interés patrimonial.
- Su cónyuge en la comunidad no firmó la solicitud y/o no cooperó con el proceso de solicitud.
- Usted y su cónyuge en la comunidad tienen activos por encima del límite del programa.

Si esto le causaría una dificultad excesiva, podría conseguir que se eliminara el periodo de penalización por desinversión y obtener más pronto la cobertura de Medicaid para los servicios de atención a largo plazo. Tiene que **demostrar** que tiene dificultades excesivas. Dificultad excesiva significa que no podría pagar por:

- Atención médica, que pondría en riesgo su salud o su vida
- Alimento
- Ropa
- Alojamiento
- Otras necesidades vitales

#### Cómo solicitar una exención por dificultades excesivas

Para solicitar una exención por dificultades excesivas, llene el formulario adjunto de solicitud de exención por dificultades excesivas y envíelo a su agencia (su agencia se indica en la parte superior de esta carta). Si reside en un centro médico, también puede utilizar este formulario para que el centro médico lo solicite en su nombre.

### **Fecha límite para presentar una solicitud de exención por dificultades excesivas**

La fecha en la que su agencia recibe su solicitud de exención por dificultades excesivas determina cuándo podría comenzar su cobertura de Medicaid para los servicios de atención a largo plazo.

Si su agencia recibe la solicitud de exención por dificultades excesivas **antes o en la misma fecha** y se aprueba su solicitud, se eliminará cualquier período de penalización por desinversión. Si su agencia recibe la solicitud de exención por dificultades excesivas **después del** y se aprueba su solicitud, cualquier período de penalización por desinversión terminará en la fecha en que su agencia recibió la solicitud de exención por dificultades excesivas.

### **Decisión sobre su solicitud de exención por dificultades excesivas**

Recibirá una carta con la decisión de su agencia sobre su solicitud de exención por dificultades excesivas. Su agencia tiene hasta 30 días para tomar una decisión. Si se aprueba su solicitud de exención por dificultades excesivas, recibirá una carta con más información sobre la fecha de inicio de la cobertura de Medicaid para los servicios de atención a largo plazo.

Si no está de acuerdo con la decisión de la agencia, puede solicitar una audiencia imparcial. La información sobre cómo solicitar una audiencia imparcial estará en la carta de su agencia.

### **Más información**

Para obtener más información sobre la desinversión, consulte la hoja informativa sobre la desinversión de Medicaid para personas mayores, ciegas o discapacitadas (Elderly, Blind or Disabled Divestment Fact Sheet) (P-10058) en [dhs.wisconsin.gov/library/P-10058.htm](https://dhs.wisconsin.gov/library/P-10058.htm).

### **Preguntas**

Si tiene preguntas sobre esta carta, póngase en contacto con la agencia que aparece en la parte superior de esta carta.

## SOLICITUD DE EXENCIÓN POR DIFICULTADES EXCESIVAS

Nombre – Solicitante/Miembro	Número de caso	PIN
------------------------------	----------------	-----

**INSTRUCCIONES PARA EL SOLICITANTE:** Utilice este formulario para solicitar una exención por dificultades excesivas o para autorizar al centro médico donde reside a presentar una solicitud de exención por dificultades excesivas en su nombre. Envíe este formulario completo, junto con las pruebas solicitadas, a su agencia. Los datos de contacto de su agencia figuran en la parte superior de la carta de dificultades excesivas.

### SECCIÓN 1: PRUEBA (NECESARIA)

Debe presentar los **dos** tipos de pruebas (1 y 2) que se indican a continuación.

1. Una declaración firmada por usted (o su representante autorizado) que describa lo siguiente:
  - Si se le denegó la cobertura de Medicaid para los servicios de atención a largo plazo porque tiene un **período de penalización por desinversión**, explique si puede recuperar los activos que ya no tiene. Estos activos figuran en su notificación de beneficios. Si no puede recuperar estos activos, explique cómo intentó recuperarlos.
  - Si se le negó la cobertura de Medicaid para los servicios de atención a largo plazo porque tiene un **cónyuge en la comunidad** que se niega a cooperar con el proceso de solicitud o renovación, explique cómo ha intentado obtener su cooperación.
  - Si se le negó la cobertura de Medicaid para los servicios de atención a largo plazo porque tiene más de \$750,000 **en el capital de la vivienda**, explique por qué no tiene acceso a este capital de la vivienda.
  - Si se le negó la cobertura de Medicaid para los servicios de atención a largo plazo porque tiene **activos en exceso**, explique por qué no tiene acceso a los activos en exceso.

Y

2. Debe presentar **uno** de los siguientes documentos (a. o b.) que demuestren que tendrá una dificultad excesiva al no poder obtener la cobertura de Medicaid para los servicios de atención a largo plazo.
  - a. Si actualmente **reside en un centro médico**, debe presentar **uno** (i. o ii.) de los siguientes:
    - i. Una copia del aviso del centro que indique lo siguiente:
      - La fecha en la que debe salir el centro médico.
      - La ubicación a la que irá cuando salga del centro médico.

O

- ii. Prueba de que, si no se aprueba la solicitud de exención por dificultades excesivas, no podrá pagar uno de los siguientes:
      - Atención médica, que pondría en riesgo su salud o su vida
      - Alimento
      - Ropa
      - Alojamiento
      - Otras necesidades vitales
  - b. Si ha solicitado alguno de estos programas: Home and Community-Based Waivers (HCBW), Family Care, Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE), Partnership, o IRIS (Include, Respect, I Self-Direct), debe presentar los dos documentos siguientes:
    - Una estimación del costo de los servicios de atención a largo plazo de Medicaid necesarios para satisfacer sus necesidades médicas y de recuperación.
    - Una estimación de sus gastos mensuales de alimentación, alojamiento, ropa y otras necesidades vitales.

**SECCIÓN 2: DESCRIPCIÓN (NECESARIA)**

Debe describir en el espacio a continuación cómo la denegación de la cobertura de Medicaid para los servicios de atención a largo plazo o el período de penalización por desinversión pondrá en riesgo su salud o su vida o cómo no podrá obtener alimentos, ropa, alojamiento u otras necesidades vitales. Adjunte una hoja de papel aparte si necesita más espacio.

**SECCIÓN 3: AUTORIZAR A SU CENTRO MÉDICO (OPCIONAL)**

Esta sección solo se aplica si actualmente reside en un centro médico. Esta sección solo debe completarse si desea que el centro médico donde reside:

- Solicite una exención por dificultades excesivas por usted.
- Si es necesario, solicite una audiencia imparcial por usted y lo represente durante el proceso de audiencia imparcial para su solicitud o denegación de dificultades excesivas.

Para dar su consentimiento, seleccione la(s) opción(es) sobre lo que desea que su centro médico haga por usted. Escriba su nombre y el de su centro médico abajo.

Autorizo al centro médico indicado a continuación a **llenar y presentar una solicitud de exención por dificultades excesivas en mi nombre.**

Autorizo al centro médico indicado a continuación a **solicitar una audiencia imparcial en mi nombre (si es necesario) y a representarme durante el proceso** de audiencia imparcial para mi solicitud o denegación por dificultades excesivas.

Nombre – Persona en el centro médico	Nombre – Centro médico
--------------------------------------	------------------------

**SECCIÓN 4: FIRMA (NECESARIA)**

Declaro bajo pena de perjurio o falso testimonio que toda la información que he proporcionado es correcta y completa a mi leal saber y entender.

<b>FIRMA</b> – Solicitante / Miembro / Representante autorizado / Tutor / Poder legal / Curador	Fecha de la firma
---	-------------------