|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Medicaid ServicesF-20582BS (03/2023) | **STATE OF WISCONSIN**Federal Regulation 42 CFR § 435.225 & 435.916  |
| **RENOVACIÓN DEL KATIE BECKETT MEDICAID****Acción requerida: sus beneficios se deben renovar****(KATIE BECKETT MEDICAID RENEWAL****Action Required: Your Benefits are Due for Renewal)** |
| Apellido del menor | Nombre del menor | Inicial del segundo nombre del menor | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) | Sexo |
|       |       |       |       | [ ]  M [ ]  F |
| Dirección | Ciudad | Estado | Código postal |
|       |       |    |       |
| Condado | Número de teléfono (incluir código de área) |
|       |       |
| ¿El menor tiene algún ingreso mensual personal? [ ]  Sí [ ]  NoEn caso afirmativo, indique la fuente y cantidad.       |
|  |

|  |
| --- |
|       |

|  |
| --- |
| Complete lo siguiente  |
| **Padre/Tutor 1** |
| Nombre/Parentesco | Correo electrónico  |
|       |       |
| Dirección (si difiere de la información del menor) | Ciudad | Estado | Código postal |
|       |       |    |       |
| Número de teléfono de la casa(incluir código de área) | Número de teléfono celular (incluir el código de área) | Número de teléfono del trabajo (incluir el código de área) |
|       |       |       |
| **Padre/Tutor 2** |
| Nombre/Parentesco | Correo electrónico |
|       |       |
| Dirección | Ciudad | Estado | Código postal |
|       |       |    |       |
| Número de teléfono de la casa (incluir código de área) | Número de teléfono celular (incluir el código de área) | Número de teléfono del trabajo (incluir el código de área) |
|       |       |       |
| Al firmar a continuación, verifica que todas las respuestas son completas y verdaderas a su leal saber y entender. No firmar este formulario (por teléfono, de forma electrónica o con una firma manuscrita) impedirá el procesamiento de la determinación de renovación de elegibilidad. Los formularios que requieran la firma de los padres tienen que estar firmados por el padre/madre o tutor con autoridad legal sobre el menor. Esto aplica incluso si se trata de otra persona que está más familiarizada con las necesidades del menor. **Además, los niños de 18 años o más también deben firmar.** **Si necesita ayuda o desea enviar estos formularios de forma electrónica, puede llamar a un especialista en elegibilidad al 888-786-3246 o enviar un correo electrónico a DHSKatieBeckett@dhs.wisconsin.gov.** |
| Persona que completa el formulario – Nombre | **FIRMA** | Fecha en que se completó |
|       |  |       |

|  |
| --- |
| Parentesco – Se necesita una copia de los papeles de tutela/adopción si no es el padre biológico del menor. |
|       |

**ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-786-3246 (TTY: 711).

**LUS CEEV:** Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-888-786-3246 (TTY: 711).