

**INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD PARA
KATIE BECKETT MEDICAID
(INSTRUCTIONS FOR COMPLETING THE APPLICATION FOR
KATIE BECKETT MEDICAID)**

Adjunto se encuentran los formularios que debe llenar para completar una solicitud o renovación para Katie Beckett Medicaid (**KB MA**). Es esencial disponer de información completa y precisa ya que determinará los criterios de elegibilidad para Katie Beckett Medicaid. Debido a que estos formularios fueron desarrollados para niños con una amplia gama de discapacidades y necesidades médicas, algunas de las preguntas pueden no ser relevantes para su hijo. Si ese es el caso, escriba "not applicable (no aplica)" o "NA" después de esa pregunta.

Se requiere una visita de elegibilidad para todas las solicitudes nuevas y algunas renovaciones anuales. La visita de elegibilidad puede ser en personal o virtual. Si es necesaria una de estas visitas, un especialista en elegibilidad se pondrá en contacto con usted. Durante la visita de elegibilidad, el especialista deberá reunirse con su hijo, revisar los formularios completados y verificar visualmente cierta información requerida. Todos los formularios deben llenarse **antes** de la visita de elegibilidad.

Firme y feche todos los siguientes formularios. 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 tienen que firmar la solicitud.**

Si necesita ayuda o desea enviar estos formularios de forma electrónica, llame a un especialista en elegibilidad al 888-786-3246 o envíe un correo electrónico a DHSKatieBeckett@dhs.wisconsin.gov.

Deberá notificar a Katie Beckett Medicaid sobre cualquier cambio significativo en la información que proporcionó en cualquiera de los formularios adjuntos. Es necesario notificar estos cambios tanto durante el proceso de solicitud como durante el proceso de renovación anual una vez que se ha establecido la elegibilidad. Algunos ejemplos de cambios significativos incluyen un cambio en la condición de su hijo, un cambio en su dirección o un cambio en el ingreso de su hijo. Los cambios deben informarse al Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud) de Wisconsin llamando al especialista en elegibilidad al 888-786-3246 o enviando un correo electrónico a DHSKatieBeckett@dhs.wisconsin.gov. Para informar un cambio en el seguro médico privado, llame a Servicios para Miembros al (800)362-3002.

I. SOLICITUD DE KATIE BECKETT MEDICAID F-20582 (o F-20582B, en caso de renovación)

Siga las instrucciones para cada pregunta. Conteste a todas las preguntas y proporcione una descripción lo más completa posible cuando corresponda.

A menos que se solicite lo contrario, proporcione **sólo la información actual** sobre la condición de su hijo.

Si su hijo ya tiene Katie Beckett Medicaid, el formulario de su paquete de renovación será una versión abreviada del formulario que completó cuando presentó su primera solicitud. Tendrá que actualizar la información de este formulario abreviado (F-20582B) cada año para determinar si su hijo sigue siendo elegible para Katie Beckett Medicaid.

II. BADGERCARE PLUS / FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO DE MEDICAID (F-10115)

Como lo exige la ley, Medicaid de Wisconsin actúa como un pagador secundario del seguro médico privado. Complete este formulario (F-10115) para **cada** póliza de seguro médico privado que cubra a su hijo. No necesario renovar este formulario todos los años si el seguro médico privado de su hijo no ha cambiado.

III. Autorización para revelar la información al Katie Beckett Medicaid del Wisconsin Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud de Wisconsin) (F-03096)

Este formulario se usa para solicitar acceso a la información para evaluar la discapacidad de su hijo. Este formulario se usa en la solicitud y la renovación anual cuando se necesita una revisión médica. Cuando sea necesario, se incluirán instrucciones detalladas para llenar este formulario en su paquete de solicitud o renovación. Las instrucciones están etiquetadas como F-03096A.

Firme y feche todos los formularios. 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 tienen derecho a decidir si ciertos expedientes pueden revelarse. **Si su hijo tiene 12 años o más, también deberá firmar la autorización para revelar la información de los formularios.**

Recopilar la información necesaria para determinar si reúne los requisitos toma tiempo. Se apreciará cualquier registro médico, de terapia y/o expedientes educativos que pueda obtener y enviar con la solicitud o renovación completadas. **En caso de proporcionar copias físicas, sólo proporcione las que no necesite que sean devueltas.**

IV. ESTADO DE CIUDADANÍA DEL NIÑO — Esto es sólo necesario en el momento de la solicitud de su hijo.

Su hijo es ciudadano estadounidense: la ley federal requiere una prueba de la ciudadanía e identidad de su hijo. Esto puede lograrse de varias maneras. La prueba más común de la ciudadanía estadounidense es el certificado de nacimiento original o un pasaporte vigente de su hijo. **De ser necesario, un especialista en elegibilidad trabajará con usted para completar este requisito.**

Su hijo no es ciudadano estadounidense: la ley federal requiere una prueba del estatus de extranjero y la identidad de su hijo. Tiene 95 días a partir de la fecha de la solicitud para suministrar un comprobante de la identidad y el estado migratorio de su hijo. Para esto, puede proporcionarle la visa, el pasaporte u otra documentación de su hijo a un especialista en elegibilidad para que los verifique. El estatus migratorio (o prueba de residente permanente legalmente admitido o menor de 19 años que reside legalmente) también se verifica con el U.S. Department of Homeland Security (Departamento de Seguridad Nacional de los EE. UU.) para todos los inmigrantes que solicitan beneficios de Medicaid. No se verificará el estatus migratorio de las personas de su grupo familiar que no soliciten Medicaid. **Un especialista en elegibilidad trabajará con usted para completar este requisito, si es necesario.**

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).