Revisión de Medicaid/Hawki

Para traducción al español: 1-877-347-5678
USE UNA PLUMA DE TINTA AZUL O NEGRA.

Fecha límite	Número de caso	Número de condado	Nombre de trabajador/a social

Es momento de revisar su caso. Esta información será utilizada para decidir si continuará recibiendo Medicaid/Hawki.

Puede entregar la información requerida en este formulario de las siguientes maneras

- **Por correo postal:** complete y envíe este formulario al Imaging Center 4, PO Box 2027, Cedar Rapids, IA 52406
- **Por teléfono**: llamar al HHS Contact Center 1-855-889-7985
- **En persona**: lleve el formulario completado a su oficina local de HHS
- **Correo electrónico**: enviar a imagingcenter4@hhs.iowa.gov
- **Fax**: envíelo al 515-564-4017
- **En línea**: Cree una cuenta en el Portal de servicios del HHS o inicie sesión en https://hhsservices.iowa.gov y complete su revisión en línea si hubiera un enlace disponible en su cuenta del portal.

Cómo completar este formulario

1. Conteste todas las preguntas del formulario.
2. Lea la información sobre usted y cada uno de los miembros de su grupo familiar. Agregue cualquier información que falte. Si alguna información ha cambiado, escriba la nueva información.
3. Firme el formulario en la página 10.
4. **Devuelva este formulario antes del .** Si no devuelve el formulario antes de esta fecha, puede perder su cobertura de Medicaid o Hawki.

Lo que necesitamos

Necesitamos la información de cada una de las personas que viven en su casa y que usted declara en sus impuestos, que incluye:

- Aquellos que reciben Medicaid o Hawki ahora,
- Aquellos que no reciben Medicaid o Hawki ahora, pero que les gustaría solicitarlo, **y**
- Otros que viven en el hogar y no reciben Medicaid o Hawki, pero no quieren solicitarlo.

Revisaremos sus respuestas utilizando los datos de fuentes de información electrónica. Si la información no coincide, es posible que le pidamos información adicional.

Si usted no califica para Medicaid o Hawki

Si usted no califica para Medicaid o Hawki, podemos referirlo al mercado federal para ver si califica para otro tipo de cobertura de salud.

¿Qué hago si tengo preguntas?

Llame a su trabajador al o .

Su información de contacto

<table>
<tr><th>Revise su información de contacto aquí.</th><th colspan="3">Corrija cualquier información errónea o agregue cualquier dato que falte aquí.</th></tr>
<tr><td></td><td colspan="3">Nombre (nombre, segundo nombre, apellido y sufijo)</td></tr>
<tr><td rowspan="6">Dirección domiciliaria

Dirección postal</td><td colspan="3">Dirección domiciliaria</td></tr>
<tr><td>Ciudad (de dir. domiciliaria)</td><td>Estado</td><td>Código postal</td></tr>
<tr><td colspan="3">Dirección postal</td></tr>
<tr><td>Ciudad (de dir. postal)</td><td>Estado</td><td>Código postal</td></tr>
<tr><td colspan="3">Mejor número de teléfono para contactarlo:
☐ Casa ☐ Celular</td></tr>
<tr><td colspan="3">Dirección de correo electrónico, si corresponde:</td></tr>
</table>

Miembros del grupo familiar

Estas personas reciben beneficios con usted o se consideran para calcular sus beneficios. Rellene cualquier información que falte en la siguiente tabla. *Tache cualquier información que **no sea correcta** sobre los miembros de su hogar. Escriba cualquier información nueva.*

Nombre/Ident. del estado o CIN	Edad	Número de Seguro Social	Relación con usted:	Sexo Hombre/ Mujer	¿Residente de Iowa? Sí/No	¿Recibe Medicaid o Hawki en este caso? Sí/No	Si no es ciudadano estadounidense y tiene un estatus migratorio elegible, indique el tipo de documento y el número de ID.

¿Desea solicitar Medicaid/Hawki para alguno de los miembros del hogar mencionados anteriormente que no recibe Medicaid o Hawki? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí, ¿quién? _____

¿Se ha mudado de su casa algún miembro indicado arriba? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí, ¿quién? _____

¿Espera que esta persona vuelva a su casa? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí, ¿en qué fecha? _____

Miembros nuevos del grupo familiar

¿Hay alguna otra persona viviendo en su casa que no esté indicada arriba? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es Sí, complete la información en la sección "Miembros nuevos del grupo familiar". Si la respuesta es No, pase a la sección siguiente.

Nota: Si tiene que incluir a más personas, haga una copia de esta sección y adjúntela.

Persona nueva 1:

Nombre	
Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
Relación con usted:	
Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	Residente de Iowa ☐ Sí ☐ No

Persona nueva 2:

Nombre	
Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
Relación con usted:	
Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	Residente de Iowa ☐ Sí ☐ No

Persona nueva 1:			Persona nueva 2:	
☐ Sí	☐ No	¿Ciudadano estadounidense?	☐ Sí	☐ No
_____		Si no es ciudadano estadounidense y tiene un estatus migratorio elegible, indique el tipo de documento y el número de ID.	_____	
☐ Sí	☐ No	¿Ha vivido en los Estados Unidos desde antes del 22 de agosto de 1996?	☐ Sí	☐ No
☐ Sí	☐ No	¿Desea solicitar Medicaid/Hawki para esta persona que se ha mudado a su hogar?	☐ Sí	☐ No
_____		¿En qué fecha esta persona se mudó a vivir en su casa?	_____	
☐ Sí	☐ No	¿Estaba esta persona en cuidado de crianza a la edad de 18 años o más?	☐ Sí	☐ No
☐ Sí	☐ No	¿Necesita ayuda para pagar sus cuentas médicas de los últimos tres meses calendario? Si su respuesta es sí, y usted califica en una categoría que permite la aprobación retroactiva, determinaremos si es elegible para cobertura durante esos meses.	☐ Sí	☐ No
☐ Sí	☐ No	¿Es esta persona un adulto que además es el cuidador principal de un menor de menos de 19 años de edad que vive en su casa?	☐ Sí	☐ No

Otra información sobre todas las personas que viven en su casa

¿Alguna persona en su casa tiene alguna enfermedad física, mental o emocional que le impide hacer ciertas actividades (por ejemplo, bañarse, vertirse, tareas habituales, etc.) o vive en una institución médica o asilo de ancianos? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí, ¿quién? _____

¿Hay alguien en su grupo familiar que se encuentre embarazada? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí, ¿quién? _____ Fecha de parto_____ Número de bebés esperados_____

¿Alguna de las personas listadas en este formulario de revisión está actualmente ☐ encarcelada o ☐ asignada a un programa de libertad condicional para trabajar?

Si la respuesta es Sí, ¿quién? _____ Fecha de inicio_____

¿Alguna persona listada en este formulario de revisión tiene 18 años de edad y es estudiante a tiempo completo? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí, ¿quién? _____

¿Desea ayuda de manutención para alguno de los menores listados en este formulario que tenga menos de 19 años? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí, ¿quién? _____

¿Algún miembro de su hogar, o su respectivo cónyuge o padre, es un veterano licenciado honorablemente o miembro en servicio activo de las Fuerzas Armadas de EE. UU.? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí, ¿quién? _____

Información fiscal

Debe indicarnos a todas las personas en su casa que declaran impuestos federales. *Usted puede renovar aún si no presenta declaraciones de impuestos federales.* Si deja este espacio en blanco, asumiremos que no presenta declaraciones de impuestos federales. *Haga una copia de esta página si necesita espacio para más declarantes.*

¿Planea declarar impuestos federales ESTE AÑO?

☐ Sí Si la respuesta es **Sí**, responda a todas las preguntas que aparecen a continuación. ☐ No Si la respuesta es **No**, responda a las preguntas marcadas con una estrella que aparecen ☆ a continuación.

	Nombre (nombre, segundo nombre, apellido y sufijo)	Si esta persona presenta una declaración conjunta, escriba el nombre del cónyuge:	Si esta persona va a reclamar dependientes, escriba los nombres de los dependientes:
Persona 1			
Persona 2			
Persona 3			
Persona 4			

☆ Si alguien va a ser reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona, escriba el nombre del declarante y de los dependientes. Responda solo si es diferente de lo que ha declarado anteriormente o si no rellenó ninguna información anterior.

Nombre del declarante:_____

Nombre de los dependientes:_____

Cuéntenos sobre el trabajo

Debe indicarnos todo el dinero (incluidas las propinas) que ganan las personas en su casa. Si alguien tiene más de un trabajo, indíquenos **todos los trabajos**. Puede informar sobre el **trabajo por cuenta propia** en la página siguiente. Si deja un espacio en blanco, asumiremos que eso no corresponde en su caso. Use una hoja de papel adicional si fuera necesario. Si tiene un comprobante de ingreso (talones de cheques, declaración del empleador, declaraciones de impuestos, etc.), puede enviarla con esta revisión. Esto podría acelerar el procesamiento de su revisión. *Haga una copia de esta página si necesita espacio para más trabajos o personas. Tache cualquier información que **no sea correcta** sobre los miembros de su grupo familiar. Escriba cualquier información nueva, diferente o faltante.*

Trabajo 1

Nombre de la persona que trabaja (nombre, segundo nombre, apellido y sufijo)			
Nombre del empleador		Número de teléfono del empleador:	
Dirección del empleador	Ciudad	Estado	Código postal
Salarios y propinas (antes de impuestos): $	¿Cada cuánto tiempo le pagan? (Por ejemplo: cada semana, cada quince días, cada mes):		

Trabajo 2

Nombre de la persona que trabaja (nombre, segundo nombre, apellido y sufijo)			
Nombre del empleador		Número de teléfono del empleador:	
Dirección del empleador	Ciudad	Estado	Código postal
Salarios y propinas (antes de impuestos): $	¿Cada cuánto tiempo le pagan? (Por ejemplo: cada semana, cada quince días, cada mes):		

Trabajo 3

Nombre de la persona que trabaja (nombre, segundo nombre, apellido y sufijo)			
Nombre del empleador		Número de teléfono del empleador:	
Dirección del empleador	Ciudad	Estado	Código postal
Salarios y propinas (antes de impuestos): $	¿Cada cuánto tiempo le pagan? (Por ejemplo: cada semana, cada quince días, cada mes):		

Trabajo 4

Nombre de la persona que trabaja (nombre, segundo nombre, apellido y sufijo)			
Nombre del empleador		Número de teléfono del empleador:	
Dirección del empleador	Ciudad	Estado	Código postal
Salarios y propinas (antes de impuestos): $	¿Cada cuánto tiempo le pagan? (Por ejemplo: cada semana, cada quince días, cada mes):		

¿Se mantendrá aproximadamente igual la cantidad de dinero procedente de los empleos? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es No, explique _____

En los últimos tres meses, usted: ☐ Cambió de trabajo ☐ Dejó de trabajar ☐ Empezó a trabajar menos horas ☐ Ninguna de las anteriores

Empleo por cuenta propia

Si alguien en su grupo familiar es **empleado por cuenta propia**, necesitamos saber sobre su trabajo.

- Para obtener su ingreso como empleado independiente, reste los gastos de abajo de su ingreso bruto.
  - Gastos relacionados con el automóvil y la camioneta (por viajes durante la jornada laboral solamente)
  - Depreciación
  - Salario y beneficios complementarios del empleado
  - Seguro de propiedad, responsabilidad civil o interrupción del negocio
  - Intereses (incluida la hipoteca pagada al banco, etc.)
  - Servicios jurídicos y profesionales
  - Alquiler o arrendamiento de inmuebles comerciales o servicios públicos
  - Comisiones, licencias, impuestos y tarifas
  - Publicidad
  - Contrato laboral
  - Reparaciones y mantenimiento
  - Ciertos viajes y comidas de negocios
  - Impuestos deducibles del empleo por cuenta propia
  - Costo del seguro de salud para empleados por cuenta propia
  - Contribuciones para el SEP, SIMPLE o plan de jubilación calificado para los empleados por cuenta propia

Persona 1:

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)
Tipo de trabajo

Persona 2:

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)
Tipo de trabajo

Persona 1:		**Persona 2:**
$ _____	¿Cuánto ingreso neto obtendrá esta persona de su empleo por cuenta propia este mes?	$ _____
☐ Sí ☐ No	¿La cantidad de su ingreso mensual como empleado independiente seguirá igual?	☐ Sí ☐ No
$ _____	Si no, ¿cuánto espera ganar como promedio durante un periodo de 12 meses?	$ _____

Cuéntenos sobre otros ingresos

Tache cualquier información que **no sea correcta** sobre los miembros de su grupo familiar. Escriba cualquier información nueva. *Haga una copia de esta página si necesita espacio para más tipos de otros ingresos.*

Desempleo

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido y sufijo)	¿Qué cantidad?	¿Cada cuánto tiempo? (Por ejemplo: cada semana, cada quince días, cada mes):
	$	
	$	
	$	
	$	

Seguro Social (Pensión de discapacidad, jubilación y sobreviviente), SSI (Ingreso de Seguro Suplementario) y Asistencia Estatal Suplementaria

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido y sufijo)	¿Qué cantidad?	Tipo	¿Con qué frecuencia?
	$	☐ Seguro social ☐ SSI / Asistencia Estatal Sup.	☐ Mensual ☐ Otro_____
	$	☐ Seguro social ☐ SSI / Asistencia Estatal Sup.	☐ Mensual ☐ Otro_____
	$	☐ Seguro social ☐ SSI / Asistencia Estatal Sup.	☐ Mensual ☐ Otro_____
	$	☐ Seguro social ☐ SSI / Asistencia Estatal Sup.	☐ Mensual ☐ Otro_____

Reporte otros **tipos** de ingreso; por ejemplo, pensiones, jubilación, pensión alimenticia recibida, manutención de menores recibida, agricultura o pesca, ingreso de alquiler o regalías, etc.

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido y sufijo)	Otro tipo de ingresos	¿Qué cantidad?	¿Con qué frecuencia?
		$	☐ Semanal ☐ Cada dos semanas ☐ Mensual ☐ Dos veces al mes ☐ Anual ☐ Otro_____
		$	☐ Semanal ☐ Cada dos semanas ☐ Mensual ☐ Dos veces al mes ☐ Anual ☐ Otro_____

¿La cantidad de dinero de ese otro ingreso seguirá igual? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es No, explique _____

Deducciones de ingresos

Si alguien en su casa paga ciertas cosas que se pueden deducir en la declaración de impuesto federales, por ejemplo, pensión alimenticia, intereses de préstamos estudiantiles y otros, indíquenos qué tipo. Esta información se puede encontrar en la sección de Ingreso Bruto Ajustado de su Formulario Federal 1040. Usted **no** debe incluir un costo que ya ha considerado en su respuesta al empleo por cuenta propia neto.

Pensión alimenticia pagada a otra persona

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido y sufijo)	¿Qué cantidad?	¿Con qué frecuencia?
	$	☐ Semanal ☐ Cada dos semanas ☐ Mensual ☐ Dos veces al mes ☐ Otro_____

Interés pagado del préstamo estudiantil

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido y sufijo)	¿Qué cantidad?	¿Con qué frecuencia?
	$	☐ Semanal ☐ Cada dos semanas ☐ Mensual ☐ Dos veces al mes ☐ Otro_____

Otras deducciones – Tipo:_____

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido y sufijo)	¿Qué cantidad?	¿Con qué frecuencia?
	$	☐ Semanal ☐ Cada dos semanas ☐ Anual ☐ Mensual ☐ Dos veces al mes ☐ Otro_____

Miembros de la familia que sean indígenas estadounidenses o nativos de Alaska (AI/AN)

¿Es usted o alguien de su familia indígena estadounidense o nativo de Alaska? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí, rellene la información que aparece a continuación. Si la respuesta es No, pase a la sección siguiente.

AI/AN Persona 1:	**AI/AN Persona 2:**
Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)

AI/AN Persona 1:			**AI/AN Persona 2:**	
☐ Sí	☐ No	¿Es miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal? **Si la respuesta es Sí**, nombre de la tribu:	☐ Sí	☐ No
☐ Sí	☐ No	¿Ha recibido esta persona alguna vez un servicio del Indian Health Service, un programa de salud tribal o un programa urbano de atención médica para indígenas o mediante una referencia de uno de estos programas?	☐ Sí	☐ No
☐ Sí	☐ No	**Si la respuesta es No**, ¿es esta persona elegible para recibir alguno de estos servicios?	☐ Sí	☐ No
$ ¿Con qué frecuencia?		Cierto dinero recibido no puede ser contabilizado para Medicaid o Healthy and Well Kids in Iowa (Hawki). Enumere cualquier ingreso (cantidad y frecuencia) declarado en su solicitud que incluya dinero de estas fuentes: • Pagos per cápita de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías. • Pagos procedentes de los recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o regalías de las tierras designadas como tierras en fideicomiso indígena por el Departamento del Interior (incluidas las reservas y antiguas reservas). • Dinero procedente de la venta de objetos que tienen un significado cultural.	$ ¿Con qué frecuencia?	

Seguro de salud

Díganos sobre **otra** cobertura de seguro de salud que tiene su gente.

¿Alguien está inscrito en cobertura de salud ahora? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí, ¿quién? _____

Si la respuesta es Sí, marque la cobertura de salud correspondiente. ☐ Medicaid ☐ Hawki ☐ Medicare ☐ Tricare

☐ Veteranos ☐ Cuerpos de Paz ☐ Plan de salud para jubilados ☐ COBRA

☐ Seguro del empleador Nombre del seguro de salud_____ Número de póliza_____

☐ Privado/otro_____

Cobertura de salud del empleo

Complete esta sección si alguna de las personas que figuran en este formulario es elegible para la cobertura de salud de un empleo, incluso si no está inscrita actualmente. Cuéntenos sobre el **empleo** que ofrece cobertura.

Información del empleado. El **empleado** necesita rellenar esta sección.

Nombre del empleado (nombre, segundo nombre, apellido)	Número de Seguro Social

Información del empleador. Solicite esta **información** al empleador.

Nombre del empleador	Número de identificación del empleador (EIN)	
Dirección del empleador (el Mercado enviará los avisos a esta dirección)	Número de teléfono del empleador:	
Ciudad	Estado	Código postal
¿A quién podemos contactar sobre la cobertura de salud de los empleados en este trabajo?		
Número de teléfono (si es diferente al anterior)	Correo electrónico	

☐ Sí ☐ No ¿Es usted actualmente elegible para la cobertura ofrecida por este empleador, o será elegible en los próximos tres meses?

Si la respuesta es Sí, rellene la información que aparece a continuación. Si la respuesta es No, **salte a la sección** Cambios esperados.

Si está en un periodo de espera o de prueba, ¿cuándo puede inscribirse en la cobertura?

_____

Indique los nombres de cualquier otra persona que sea elegible para la cobertura de este empleo.

_____

Plan de salud. Cuéntenos sobre el **plan de salud** que ofrece este empleador.

☐ Sí ☐ No ¿Ofrece el empleador un plan de salud que cubra al cónyuge o al dependiente del empleado?

Si la respuesta es Sí, ¿qué personas? ☐ Cónyuge ☐ Dependientes

☐ Sí ☐ No Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple la "regla de valor mínimo" si la parte de los costes totales de las prestaciones permitidas cubiertas por el plan no es inferior al 60% de dichos costes. ¿Ofrece el empleador un plan que cumpla las reglas de valor mínimo?

☐ Sí ☐ No ¿El plan de menor costo del empleador que cumple la "regla del valor mínimo" ofrece un programa de bienestar **sólo para el empleado**? (No incluya los planes familiares).

Si la respuesta es Sí, ¿cuánto tendría que pagar el empleado en concepto de primas después de recibir el descuento máximo por cualquier programa para dejar de fumar? (No deduzca ningún otro descuento basado en el programa de bienestar). $_____

¿Con qué frecuencia? ☐ Semanal ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Trimestralmente ☐ Anual

Cambios del empleador. ¿Qué cambio hará el empleador para el nuevo plan anual (si se conoce)?

☐ El empleador no ofrece cobertura de salud.

☐ El empleador comenzará a ofrecer cobertura a los empleados o cambiará la prima del plan de menor costo disponible para el empleado que cumpla la norma del valor mínimo. (La prima debe reflejar el descuento por los programas de bienestar).

¿Cuánto tendrá que pagar el empleado en primas por ese plan? $

¿Con qué frecuencia? ☐ Semanal ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Trimestralmente ☐ Anual

Fecha del cambio:_____

Cambios esperados

Díganos si hubo cambios o si habrá cambios. Ejemplos:

- Personas en el grupo familiar
- Estatus en declaración de impuestos
- Empleo
- Seguro de salud
- Divorcio o matrimonio
- Dirección
- Embarazo (indique la fecha de parto)
- Fecha de término de embarazo
- Otro

Explique qué y cuándo:_____

Ayuda para completar esta revisión

Puede elegir a un representante autorizado. Puede autorizar a una persona de confianza para que converse sobre este formulario de revisión con nosotros, para que vea su información y para que actúe por usted en materias relacionadas con su revisión, incluido entregar información sobre su revisión y firmar el formulario de revisión en su nombre. Esta persona se denomina “representante autorizado”. Si en algún momento necesita cambiar su representante autorizado, avísenos. Si usted es un representante legalmente designado por una persona listada en este formulario, envíe una prueba con el formulario de revisión.

Nombre del representante autorizado (nombre, segundo nombre, apellido)			
Dirección			Número de departamento o cuarto
Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono
Nombre de la organización			Número de ID (si corresponde)

Mediante su firma, usted permite a esta persona firmar su formulario de revisión, recibir información oficial sobre su revisión y elegibilidad, y actuar por usted en todas las materias futuras con esta agencia.

Nota: Su firma aquí **NO** completa el formulario de revisión. **Debe firmar y fechar en la sección “Lea y firme este formulario" que aparece a continuación.**

Su firma	Fecha (mm/dd/aaaa)

Renovación de cobertura en años futuros

Lea la declaración de abajo y marque **una** casilla.

Para facilitar la verificación de mis ingresos cuando se requiera una revisión, otorgo mi permiso al Department of Health and Human Services para usar la información de ingreso de mi declaración de impuestos por la cantidad de años marcada abajo.

Entiendo que el Department of Health and Human Services me enviará una carta con la información que tienen de mis ingresos. Puedo hacer cambios a esa información. También puedo cambiar de opinión y no permitir que el Department of Health and Human Services verifique esta información.

Sí, otorgo mi permiso para verificar mis ingresos en las declaraciones de impuestos por (marque una casilla):

☐ 5 años (el tiempo más largo) ☐ 4 años ☐ 3 años ☐ 2 años ☐ 1 año

☐ No, no otorgo mi permiso para que usen mis declaraciones de impuestos.

Recuperación del patrimonio

La ley Federal requiere que Iowa tenga un programa de recuperación de patrimonio. Si usted obtiene Medicaid, puede estar sujeto a la recuperación de patrimonio. Esto significa que todos los fondos de Medicaid utilizados para pagar su atención médica, incluida la tarifa mensual **completa** pagada a una Organización de Atención Administrada (MCO), incluidos los servicios médicos y dentales, incluso si el plan no pagó ningún servicio, tendrán que ser devueltos por su patrimonio después de su muerte. La recuperación del patrimonio se aplica si se obtiene Medicaid son:

- Es mayor de 55 años, o
- Tiene menos de 55 años, vive en un centro médico y no se puede esperar razonablemente que retorne a su hogar.

Para obtener más información, llame al Programa de Recuperación Patrimonial del Medicaid de Iowa al 1-877-463-7887 o visite la página web
https://hhs.iowa.gov/media/6458 (Inglés) o
https://hhs.iowa.gov/media/6459 (Español).

Lea y firme este formulario

A mi mejor saber y entender, y mediante mi firma en esta solicitud, certifico bajo pena de perjurio y falso testimonio que mis respuestas son correctas y completas, incluida la información provista sobre la ciudadanía y el estatus migratorio de cada miembro del grupo familiar que solicita beneficios. Sé que puedo estar sujeto a sanciones según la ley federal si entrego información falsa o incorrecta.

Declaro bajo pena de perjurio, bajo las leyes de los Estados Unidos de América, que la información contenida en esta declaración de hechos es veraz, correcta y completa.

Su firma o marca	Número de teléfono	Fecha de hoy
Firma de la persona que ayudó a completar este formulario, si corresponde	Número de teléfono	Fecha de hoy

Por favor guarde esta página para su información.

Derechos y responsabilidades

- A mi mejor saber y entender, y mediante mi firma en esta solicitud, certifico bajo pena de perjurio y falso testimonio que mis respuestas son correctas y completas, incluida la información provista sobre la ciudadanía y el estatus migratorio de cada miembro del grupo familiar que solicita beneficios.
- Mediante mi firma en esta solicitud, otorgo mi permiso para que el HHS comparta mis registros médicos y de salud con funcionarios federales y estatales.
- Entiendo que la firma electrónica tiene el mismo efecto legal y que se puede hacer valer de la misma forma que una firma escrita.
- Sé que mi información en este formulario se utilizará para determinar mi elegibilidad para asistencia médica y se mantendrá de manera privada según lo exige la ley.
- Entiendo que si recibo Medicaid, el Departamento se empeñará en conseguir apoyo no médico para mí y mis hijos cuando yo lo pida. Los servicios de apoyo médico incluyen el establecimiento de la paternidad y el cumplimiento del apoyo médico.
- Entiendo las preguntas y declaraciones contenidas en esta solicitud.
- Entiendo que todos los datos que he entregado, incluidos los datos de beneficios e ingresos, serán cotejados con los registros locales, estatales y federales, como por ejemplo, el Servicio de Ciudadanía e Inmigraciones de EE. UU. (USCIS), la Administración del Seguro Social, agencias del IRS, de asistencia pública (welfare) y desempleo, etc. y entiendo que la información obtenida podría afectar mi elegibilidad para los beneficios.
- Entiendo que la información, incluidos los datos sobre las prestaciones y los ingresos, que he facilitado en este formulario está sujeta a investigación y revisión por parte del personal del condado, el estado y el gobierno federal, y que si proporciono datos incorrectos mis prestaciones pueden ser denegadas o suspendidas.
- Entiendo que por ley federal, no se permite discriminar basado en raza, color, país de origen, sexo o discapacidad. Puedo presentar una queja por discriminación en www.hhs.gov/ocr/office/file.
- Sé que puedo ser representado en el proceso por otra persona. Me explicarán lo relacionado a mi elegibilidad y otra información importante. Entiendo que un cambio en mi información podría afectar la elegibilidad de los miembros de mi grupo familiar.
- Si creo que el Mercado de Seguros de Salud o Medicaid/Hawki ha cometido un error, puedo apelar su decisión. Apelar significa decirle a alguien del Mercado de Seguros de Salud o de Medicaid/Hawki que creo que la acción es incorrecta, y pedir una revisión justa de la acción. Sé que el proceso de cómo apelar se encuentra en la página 10 en la sección de Apelaciones.
- Si se quiere registrar para votar, puede completar el formulario de registro de votante en https://hhs.iowa.gov/sites/default/files/Voter_Registration.pdf. Solicitar o rechazar registrarse para votar no afectará la cantidad de asistencia que recibirá de esta agencia.

Información sobre el Número de Seguro Social

Podemos dar ayuda solamente a personas que nos dan su Número de Seguro Social o un comprobante de solicitud del mismo de la oficina del Seguro Social. **No tiene que darnos el Número de Seguro Social de una persona en su grupo familiar que no quiera ayuda, pero puede optar por darnos su Número de Seguro Social si quiere.** Sin embargo, utilizaremos cualquier Número de Seguro Social que nos dé de la misma forma que lo hacemos en el caso de cualquier persona que solicita asistencia.

Si opta por no darnos el Número de Seguro Social de las personas en su grupo familiar, denegaremos la asistencia para esas personas. Existen algunas excepciones a esto. Pregunte a su trabajadora social al respecto.

No entregaremos ningún Número de Seguro Social al Servicio de Ciudadanía e Inmigraciones.

Medicaid

Revisamos lo que usted nos informa

La información que usted nos da podría ser revisada por funcionarios federales, estatales y locales para verificar si es verdadera. Las cosas que podemos verificar son cualesquiera de las indicadas por la persona: Número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés), empleo y salario, saldo en cuenta bancaria, estatus migratorio y montos recibidos de otras fuentes como el Seguro Social o seguro de desempleo. Si la información entregada no es fidedigna, podríamos denegar su solicitud.

Podemos revisar los registros de otros estados para ver si alguna de las personas en su grupo familiar puede recibir beneficios en Iowa. Esto se podría llevar a cabo para ver si una persona fue descalificada de un programa en otro estado.

Revisamos y usamos sistemas de computación como el Sistema Estatal de Verificación de Ingresos y Elegibilidad, el Sistema Centralizado de Intercambio Federal, incluidos el Servicio de Rentas Internas (IRS), la Administración del Seguro Social (SSA) y el Departamento de Seguridad Nacional (DHS). Si cualquier información que nos haya entregado difiere con lo que no dice el sistema, averiguaremos para saber qué es lo correcto. Para revisar su información podríamos comunicarnos con su empleador, con su banco u otras personas. Para hacer este tipo de averiguaciones con su empleador, banco u otras personas, le preguntaremos a usted primero.

Por favor guarde esta página para su información.

Información que necesita saber

- Usted debe solicitar y aceptar cualquier otro beneficio que tenga derecho a recibir.
- Debe entregarnos la información solicitada y proveernos un comprobante, cuando se lo pidamos.
- Debe completar los formularios de revisión cuando se le pida que lo haga.
- El HHS podría entregar sus respuestas a oficiales de la policía y agencias del orden público para apresar a personas buscadas por la ley.
- La unidad de Control de Calidad o la unidad de Investigaciones podría revisar su caso. Ellos podrían contactar a otras personas u organizaciones para verificar su información. Al firmar esta solicitud, usted otorga su permiso para divulgar información confidencial a la unidad de Control de Calidad o a la unidad de Investigaciones. Debe cooperar con ellos para mantener sus beneficios.
- Si no era elegible para beneficios, tendrá que pagar de vuelta todos los beneficios que haya obtenido o que hayan sido pagados a terceros en su nombre.
- La sección 1128B de la Ley de Seguro Social provee penas federales por actos fraudulentos e informes falsos en relación con estos programas.
- Cualquier persona que obtiene, intenta obtener o ayuda a otra persona a obtener asistencia pública a la cual no tiene derecho, es culpable de violar las leyes del estado de Iowa. Estas incluyen, entre otras, los capítulos 249 y 249A del Código de Iowa.
- Usted puede solicitar beneficios solo para una parte de las personas de su grupo familiar incluso si algunos miembros no tienen estatus migratorio legal. Por ejemplo, los padres que no tienen estatus migratorio legal pueden solicitar por sus hijos estadounidenses o residentes legales. El Departamento podría revisar el estatus de residente de su grupo familiar con el Departamento de Seguridad Nacional. Cualquier información del Departamento de Seguridad Nacional podría afectar los beneficios de ese individuo. El Departamento de Seguridad Nacional no será contactado en el caso de las personas que no solicitan beneficios. Sin embargo, sus ingresos podrían ser considerados para ver si el resto del grupo familiar puede recibir Medicaid.
- ***Entregar información errónea intencionalmente podría significar que tomemos acciones legales, criminales o civiles, contra usted. También podría significar que rebajemos sus beneficios o que confisquemos el dinero de usted.***

Este permiso caduca cuando se termina su Medicaid.

Tiene derecho a apelar

Puede apelar en persona, por teléfono o por escrito para Medicaid. Para apelar por escrito haga **una** de las siguientes cosas:

- Complete una apelación electrónicamente en https://hhs.iowa.gov/programs/appeals **o**
- Escriba una carta para indicarnos por qué considera que la decisión es errónea, **o**
- Complete un formulario de Apelación y Solicitud de Audiencia. Puede obtener este formulario en la oficina del HHS de su condado.

Envíe el formulario de apelación por correo o llévelo personalmente al Department of Health and Human Services, Appeals Section, 321 East 12th St, Des Moines, IA 50319. Si necesita ayuda para completar y presentar la apelación, pregunte en la oficina del HHS de su condado.

Usted u otra persona, como un amigo o pariente puede explicar por qué no está de acuerdo con la decisión del Departamento. También puede traer a su propio abogado, pero el Departamento no pagará por ello. La oficina de HHS de su condado puede entregarle información sobre los servicios legales existentes. El costo de los servicios legales dependerá de sus ingresos. También puede llamar a Iowa Legal Aid al 1-800-532-1275. Si vive en el condado de Polk, llame al 515-243-1193.

No será discriminado

Es política del Department of Health and Human Services de Iowa (HHS, por sus siglas en inglés) proveer un trato equitativo en el empleo y la provisión de servicios a los solicitantes, empleados y clientes, sin importar su raza, color, país de origen, sexo, orientación sexual, religión, edad, discapacidad, creencia política o estatus de veterano.

Si cree que el HHS le ha discriminado o acosado, por favor, envíe una carta detallando su queja a:

Iowa Department of Health and Human Services, Lucas Building, Bureau of Human Resources, 321 East 12th St.
Des Moines, IA 50319 o por correo electrónico inclusion@hhs.iowa.gov.

Autorización opcional para solicitar información

¡Ayúdenos para ayudarle de mejor forma!

No tiene que firmar esto, pero su firma nos permitirá obtener la información que necesitamos para ayudarle, sin tener que requerir su firma para cada solicitud específica.

Debería saber que:

- Tal vez necesitemos información adicional para decidir si puede recibir asistencia.
- Si necesitáramos información adicional de usted, recibirá una carta que le indicará qué necesitamos y la fecha límite de presentación de esa información.
- Usted es responsable de conseguir la información o de pedirnos ayuda para obtenerla.
- Si no nos entrega la información para la fecha límite ni nos pide ayuda para obtenerla, su solicitud podría ser denegada o su asistencia podría ser interrumpida.
- Podríamos usar la autorización de abajo para obtener la información que necesitamos. **Sin embargo, usted todavía tiene que proveernos la información solicitada o pedirnos ayuda para obtenerla.**
- Podríamos adjuntar una copia de esta autorización a un formulario que solicite a otras personas u organizaciones (como su empleador) la información específica que necesitamos sobre usted u otras personas en su grupo familiar.

Escriba en letra de molde su nombre y firme abajo para autorizarnos a obtener la información que necesitamos. Recuerde también firmar la página 10.

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR INFORMACIÓN

Por este medio, autorizo a cualquier persona u organización a entregar al Iowa Department of Health and Human Services la información solicitada sobre mí u otros miembros de mi grupo familiar.

Una copia de esta autorización es tan válida como la original.

Esta autorización no procede en el caso de información médica protegida.

Esta autorización es válida por 12 meses a partir de la fecha de firma.

_____	_____
Su nombre (escriba claramente)	Nombre del otro adulto (escriba claramente)
_____	_____
Firma o marca	Firma o marca
_____	
Fecha	