Iowa Department of Human Services

Medicaid/Hawki Review
(Revisión de Medicaid/Hawki)

ESCRIBA CON TINTA AZUL O NEGRA.

IOWA DEPT. OF HUMAN SERVICES

Fecha límite de entrega	Caso Nº.	Condado Nº.	Nombre del asistente

Ha llegado el momento de revisar su caso. Estos datos serán utilizados para decidir si continuará recibiendo servicios de Medicaid/Hawki.

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

- **Por correo:** Complete y envíe este formulario utilizando el sobre incluido. Asegúrese de enviarlo a la dirección indicada arriba.
- **En persona:** Traiga el formulario completado a su oficina local de DHS.

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 8.
4. **Devuelva este formulario para el como plazo máximo.** Si no devuelve el formulario para la fecha límite indicada, podría 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:

- Aquellas personas que reciben Medicaid o Hawki en este momento,
- Aquellas personas que no reciben Medicaid o Hawki en este momento, pero que les gustaría solicitar, **y**
- Otros que viven en la casa y no reciben Medicaid o Hawki, pero que no quieren solicitar.

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

Si no califica para Medicaid o Hawki

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

¿Y si tengo dudas?

Llame a su asistente al o al .

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 (primero y 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 su casa)</td><td>Estado</td><td>Código postal</td></tr>
<tr><td colspan="3">Dirección postal</td></tr>
<tr><td>Ciudad (de correo)</td><td>Estado</td><td>Código postal</td></tr>
<tr><td colspan="3">Número de teléfono para contactarlo: ☐ Casa ☐ Celular</td></tr>
<tr><td colspan="3">Dirección de correo electrónico, si corresponde:</td></tr>
</table>

Integrantes del grupo familiar

Estas personas reciben beneficios con usted o son contabilizadas para calcular sus beneficios. Complete los datos faltantes en el siguiente cuadro. *Tache los datos que **no sean correctos** sobre los integrantes de su grupo familiar. Escriba los datos correctos.*

Nombre/Ident. Estatal o CIN	Edad	Nº. de Social Security	¿Parentesco con usted?	Sexo Masc./Fem	¿Reside en 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 algún miembro mencionado arriba que no recibe Medicaid o Hawki? ☐ Sí ☐ No

Si respondió Sí, ¿quién?_____

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

Si respondió 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 Nac.	Nº. de Social Security
Parentesco con usted	
Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer	¿Reside en Iowa? ☐ Sí ☐ No

Persona nueva 2:

Nombre	
Fecha de Nac.	Nº. de Social Security
Parentesco con usted	
Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer	¿Reside en 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 vivir en su casa?	☐ Sí	☐ No
		¿En qué fecha esta persona se mudó a vivir en su casa?		
☐ Sí	☐ No	¿Estuvo esta persona bajo cuidado tutelar a la edad de 18 años o más?	☐ Sí	☐ No
☐ Sí	☐ No	¿Necesita ayuda para el pago de 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 respondió Sí, ¿quién?_____

¿Alguna de las mujeres de su grupo familiar está embarazada? ☐ Sí ☐ No

Si respondió Sí, ¿quién?_____ Fecha de parto_____ Cantidad de bebés esperados_____

¿Alguna persona listada en este formulario de revisión está actualmente ☐ encarcelada o ☐ asignada en un programa de reclusión con permiso de salida para trabajar?

Si respondió 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 respondió Sí, ¿quién?_____

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

Si respondió Sí, ¿quién?_____

¿Alguien en su casa, o sus respectivos cónyuges o padres, es un veterano licenciado honorablemente o miembro en servicio activo de las Fuerzas Armadas de EE. UU.? ☐ Sí ☐ No

Si respondió Sí, ¿quién?_____

Información impositiva

Debe indicarnos a todas las personas en su casa que declaran impuestos federales. *Usted todavía puede renovar aunque no declare impuestos federales.* Debe decirnos quienes presentan declaraciones impositivas de ingresos a nivel federal. Si deja esta sección en blanco, asumiremos que nadie lo hace. *Fotocopie esta página si necesita más espacio para incluir a otros contribuyentes.*

¿Planea declarar impuestos federales ESTE AÑO?

☐ Sí Si respondió **sí**, conteste todas las siguientes preguntas. ☐ No Si respondió **no**, conteste las preguntas marcadas con una estrella ☆.

	Nombre (primero y segundo nombre, apellido y sufijo)	Si esta persona presentará una declaración conjunta, escriba el nombre del cónyuge:	Si declarará personas dependientes, escriba los nombres de los dependientes:
Persona 1			
Persona 2			
Persona 3			
Persona 4			

Si alguien será declarado como dependiente en la declaración impositiva de otra persona, escriba el nombre del contribuyente y de las personas dependientes. Responda sólo si la información es diferente a la indicada anteriormente o si no completó nada en las preguntas anteriores.

Nombre del contribuyente:_____

Nombre de las personas dependientes:_____

Infórmenos sobre el trabajo

Debe indicarnos todo el dinero (incluidas las propinas) que ganan las personas en su casa. Si alguien tiene más de un empleo, infórmenos sobre **todos los empleos**. Puede informar sobre **empleos autónomos o por cuenta propia** en la siguiente página. Si deja un espacio en blanco, asumiremos que eso no corresponde en su caso. Use una hoja adicional si es necesario. Si tienen comprobantes de ingresos (recibos de sueldo, declaraciones del empleador, declaraciones impositivas, etc.), puede enviarlos con este formulario. Eso podría agilizar el procesamiento de la revisión. *Fotocopie esta página si necesita más espacio para incluir más empleos o más personas. Tache los datos que no sean correctos sobre los integrantes de su grupo familiar. Agregue cualquier información nueva, diferente o faltante.*

Empleo 1

Nombre de la persona que está trabajando (primero y segundo nombre, apellido y sufijo)			
Nombre del empleador		Teléfono del empleador	
Domicilio 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):		

Empleo 2

Nombre de la persona que está trabajando (primero y segundo nombre, apellido y sufijo)			
Nombre del empleador		Teléfono del empleador	
Domicilio 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):		

Empleo 3

Nombre de la persona que está trabajando (primero y segundo nombre, apellido y sufijo)			
Nombre del empleador		Teléfono del empleador	
Domicilio 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):		

Empleo 4

Nombre de la persona que está trabajando (primero y segundo nombre, apellido y sufijo)			
Nombre del empleador		Teléfono del empleador	
Domicilio 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):		

¿El monto del dinero proveniente de sus empleos permanecerá más o menos igual? ☐ Sí ☐ No

Si respondió no, explique _____

En los últimos tres meses,
☐ ¿cambió de empleo?
☐ ¿comenzó a trabajar menos horas?
☐ ¿dejó de trabajar?
☐ Ninguno de los anteriores

Empleo autónomo o por cuenta propia

Si alguno de los integrantes de su grupo familiar trabaja por cuenta propia, necesitamos saber sobre sus trabajos.

- Para obtener su ingreso como empleado independiente, reste, reste los gastos de abajo de su ingreso bruto.
  - Gastos de autos o camionetas (por traslados durante la jornada laboral, que no sean para ir y regresar de su casa al trabajo)
  - Depreciación
  - Sueldo de empleados y beneficios adicionales
  - Seguros de bienes, responsabilidad a terceros o pérdidas por interrupción comercial
  - Intereses (incluye hipotecas pagadas a un banco, etc.)
  - Servicios legales y profesionales
  - Alquiler o arrendamiento del local o servicios públicos
  - Comisiones, licencias, impuestos y honorarios
  - Propaganda
  - Trabajos contratados
  - Reparaciones y mantenimiento
  - Determinados viajes y comidas empresariales
  - Impuestos deducibles para autónomos
  - Costo del seguro médico para autónomos
  - Contribuciones a SEP, SIMPLE, o planes de retiro calificado para empleados independientes

Persona 1:	**Persona 2:**
Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)	Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)
Tipo de trabajo	Tipo de trabajo

Persona 1:		**Persona 2:**
$ _____	¿Cuál es el ingreso neto que obtuvo este mes por empleo autónomo?	$ _____
☐ 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?	$ _____

Infórmenos sobre otros ingresos

Tache los datos que **no sean correctos** sobre los integrantes de su grupo familiar. Escriba los datos correctos.
Fotocopie esta página si necesita más espacio para agregar otros tipos de ingresos.

Desempleo

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

Social Security (Seguro Social) (Pensión de discapacidad, jubilación y sobreviviente), SSI (Supplemental Security Income) (Ingreso de Seguro Suplementario), y State Supplementary Assistance (Asistencia Estatal Suplementaria)

Nombre (primero y segundo nombre, apellido y sufijo)	¿Cuánto?	Tipo	¿Con qué frecuencia?
	$	☐ Social Security ☐ SSI / State Supp.	☐ Mensualmente ☐ Otra_____
	$	☐ Social Security ☐ SSI / State Supp.	☐ Mensualmente ☐ Otra_____
	$	☐ Social Security ☐ SSI / State Supp.	☐ Mensualmente ☐ Otra_____
	$	☐ Social Security ☐ SSI / State Supp.	☐ Mensualmente ☐ Otra_____

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 (primero y segundo nombre, apellido y sufijo)	Otro tipo de ingresos	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
		$	☐ Semanalmente ☐ Semana por medio ☐ Mensualmente ☐ Dos veces por mes ☐ Anualmente ☐ Otra_____
		$	☐ Semanalmente ☐ Semana por medio ☐ Mensualmente ☐ Dos veces por mes ☐ Anualmente ☐ Otra_____

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

Si respondió 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 Adjusted Gross Income (Ingreso Bruto Ajustado) del Formulario 1040 Federal. **No** debe incluir los costos que ya consideró en su respuesta para calcular el importe neto por empleo autónomo.

Pensión alimenticia pagada a otra persona

Nombre (primero y segundo nombre, apellido y sufijo)	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
	$	☐ Semanalmente ☐ Semana por medio ☐ Anualmente ☐ Mensualmente ☐ Dos veces por mes ☐ Otra_____

Intereses pagados por préstamos estudiantiles

Nombre (primero y segundo nombre, apellido y sufijo)	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
	$	☐ Semanalmente ☐ Semana por medio ☐ Anualmente ☐ Mensualmente ☐ Dos veces por mes ☐ Otra_____

Otras deducciones o retenciones – Tipo:_____

Nombre (primero y segundo nombre, apellido y sufijo)	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
	$	☐ Semanalmente ☐ Semana por medio ☐ Anualmente ☐ Mensualmente ☐ Dos veces por mes ☐ Otra_____

Miembros de la familia que son aborígenes estadounidenses o nativos de Alaska (AI/AN)

¿Usted o alguien de su familia es aborigen estadounidense o nativo de Alaska? ☐ Sí ☐ No

Si respondió sí, complete los siguientes datos. Si respondió no, omita esta sección y continúe en la siguiente.

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

AI/AN Persona 1:		**AI/AN Persona 2:**
☐ Sí ☐ No	¿Es miembro de tribu reconocida a nivel federal? **Si respondió que sí,** nombre de la tribu:	☐ Sí ☐ No
☐ Sí ☐ No	¿Alguna vez obtuvo servicios del Indian Health Service, de un programa médico tribal, o de un programa médico urbano para aborígenes, o a través de remisiones hechas por estos programas?	☐ Sí ☐ No
☐ Sí ☐ No	**Si respondió no,** ¿califica para obtener alguno de dichos servicios?	☐ Sí ☐ No
$ ¿Con qué frecuencia?	Ciertos ingresos no pueden ser contabilizados para Medicaid o Healthy and Well Kids in Iowa (Hawki). Indique todos los ingresos (monto y frecuencia) informados en su solicitud que incluyan dinero de las siguientes fuentes: • Pagos per cápita de una tribu, provenientes de recursos naturales, derecho de uso, alquileres o regalías. • Pagos realizados por el Departamento del Interior y provenientes de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, alquileres o regalías de tierras designadas como fideicomisos (incluso reservas y antiguas reservas). • Dinero proveniente de la venta de artículos con valor cultural.	$ ¿Con qué frecuencia?

Seguro médico

Infórmenos sobre las **otras** coberturas de seguro médico que su grupo familiar tiene.

¿Alguien está inscripto en una cobertura médica actualmente? ☐ Sí ☐ No

Si respondió Sí, ¿quién?_____

Si respondió sí, marque la cobertura médica. ☐ Medicaid ☐ Hawki ☐ Medicare ☐ Tricare
☐ Veteranos ☐ Cuerpos de Paz ☐ Plan médico para jubilados ☐ COBRA

☐ Seguro del empleador Nombre del seguro médico_____ Número de póliza_____

☐ Privado/otro_____

Coberturas médicas de empleos

Complete esta sección si alguna de las personas que figuran en este formulario califica para cobertura médica a través de su empleo, aunque no esté inscripta actualmente. Infórmenos sobre el empleo que ofrece cobertura.

Datos del empleado. El **empleado** debe completar esta sección.

Nombre del empleado (primer nombre, segundo nombre, apellido)	Nº. de Social Security

Datos del empleador. Pídale estos datos a su **empleador**.

Nombre del empleador	Nº. de identificación del empleador (EIN)	
Domicilio del empleador (Marketplace enviará notificaciones a este domicilio)	Teléfono del empleador	
Ciudad	Estado	Código postal
¿Con quién podemos comunicarnos para averiguar sobre la cobertura médica laboral de este empleado?		
Teléfono (si es diferente al anterior)	Dirección de correo electrónico	

☐ Sí ☐ No ¿Califica actualmente para la cobertura que ofrece este empleador o será elegible en los próximos tres meses?

Si respondió sí, complete los siguientes datos. **Si no**, continúe en la sección **Cambios esperados.**

Si está en el período de espera o de prueba, ¿cuándo podrá inscribirse en la cobertura?

_____

Indique los nombres de todas las personas que califiquen para cobertura a través de este empleo.

_____

Plan médico. Infórmenos sobre el **plan médico** que ofrece este empleador.

☐ Sí ☐ No ¿El plan médico ofrecido por el empleador cubre al cónyuge o a los dependientes del empleado?

Si respondió que sí, ¿a quién cubre? ☐ Cónyuge ☐ Dependientes

☐ Sí ☐ No Un plan médico laboral cumple con "la norma de valor mínimo" si la proporción cubierta por el plan no es inferior al 60% del costo total de los beneficios permitidos. ¿El empleador ofrece un plan médico que cumple con la norma de valor mínimo?

☐ Sí ☐ No ¿El plan de menor costo que cumple con "la norma de valor mínimo" ofrece un programa de salud **para el empleado únicamente**? (No incluya planes familiares.)

Si respondió sí, ¿cuánto tendría que pagar en primas después de recibir el descuento máximo por programas para dejar de fumar? (No reste los otros descuentos del programa.) $_____

¿Con qué frecuencia? ☐ Semanalmente ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces por mes ☐ Trimestralmente ☐ Anualmente

Cambios del empleador. ¿Qué cambios introducirá el empleador para el próximo plan anual (si sabe)?

☐ El empleador no ofrecerá cobertura médica

☐ El empleador ofrecerá cobertura para los empleados o modificará la prima del plan de menor costo disponible para empleados que cumplan con la norma de valor mínimo. (La prima debe reflejar el descuento para programas de salud.)

¿Cuánto tendrá que pagar el empleado por las primas de ese plan? $_____

¿Con qué frecuencia? ☐ Semanalmente ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces por mes ☐ Trimestralmente ☐ Anualmente

Fecha del cambio:_____

Cambios esperados

Infórmenos si ha habido cambios o si podría haber cambios. Ejemplos:

- Personas en el grupo familiar
- Condición impositiva
- Empleo
- Seguro médico
- Divorcio o casamiento
- Domicilio
- Embarazo (indique la fecha de parto)
- Terminación de embarazo
- Otros

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** significa que ha completado el formulario de revisión. **Debe firmar y fechar en la sección "Lea y firme este formulario" abajo.**

Su firma	Fecha (mm/dd/aaaa)

Renovación de la cobertura en los años sucesivos

Lea la siguiente declaración y marque **una** casilla.

Con el fin de facilitar la verificación de mis ingresos para la revisión, autorizo a Department of Human Services a utilizar los datos que figuran en mis declaraciones impositivas por la cantidad de años que he marcado a continuación.

Entiendo que Department of Human Services me enviará una carta con los datos que tienen sobre mis ingresos. Podré modificarlos. Además, podré cambiar de opinión y no permitir que Department of Human Services verifique dichos datos.

Sí, doy mi autorización para verificar mis ingresos en las declaraciones impositivas por (marcar una casilla):

☐ 5 años (tiempo máximo) ☐ 4 años ☐ 3 años ☐ 2 años ☐ 1 año

☐ No, no doy mi autorización para utilizar mis declaraciones impositivas.

Programa de cobro a través del patrimonio sucesorio (*Estate Recovery*)

La ley federal dispone que Iowa debe tener un programa de cobro a través del patrimonio sucesorio. Sí recibe Medicaid, puede estar sujeto a cobro a través de su patrimonio. Esto quiere decir que los fondos de Medicaid que se utilizaron para pagar su atención médica, incluso las cuotas mensuales que se pagaron a una organización de atención médica administrada (MCO), deberán ser reintegrados con sus bienes después de su fallecimiento. El cobro a través del patrimonio sucesorio es aplicable sí recibe Medicaid y sí:

- Tiene 55 años de edad o más, o
- Es menor de 55 años, vive en una institución médica y es muy probable que no pueda regresar a su hogar.

Para obtener más información, llame al Programa *Estate Recovery* de Iowa Medicaid al 1-877-463-7887, o por Internet:
http://dhs.iowa.gov/sites/default/files/Comm123.pdf (En inglés) o
http://dhs.iowa.gov/sites/default/files/Comm123S.pdf (En español).

Lea y firme este formulario

Su firma o marca	Teléfono	Fecha de hoy
Firma de la persona que ayudó a completar el formulario, si corresponde	Teléfono	Fecha de hoy

Conserve esta página para su información.

Derechos y responsabilidades

- Al firmar esta solicitud, certifico bajo pena de cometer perjurio y dar falso testimonio que mis respuestas son correctas y completas a mi leal saber y entender, inclusive los datos provistos sobre la ciudadanía y la condición inmigratoria de cada uno de los integrantes de mi grupo familiar para los que solicito beneficios.
- Al firmar este formulario, autorizo a DHS a compartir sus registros médicos y otros documentos con funcionarios federales y estatales.
- Entiendo que una firma electrónica tiene el mismo efecto legal y puede ejecutarse de la misma manera que una firma escrita.
- Es de mi conocimiento que los datos que figuran en este formulario serán utilizados sólo para determinar mi elegibilidad para asistencia médica y que los mismos tendrán carácter confidencial como lo exige la ley.
- Entiendo que en el caso de recibir Medicaid, el Departamento iniciará el reclamo de ayuda económica sin fines médicos para mí y mis hijos si así lo solicito. Los servicios de ayuda económica para tratamiento médico incluyen el establecimiento de la paternidad y el establecimiento y la ejecución de ayuda económica para tratamiento médico.
- Entiendo las preguntas y los enunciados que figuran en este formulario.
- Entiendo que toda la información que he dado, inclusive los datos sobre beneficios e ingresos, serán cotejados con los datos de registros municipales, estatales y federales, como empleadores, el servicios de ciudadanía e inmigración de los Estados Unidos (USCIS), la Administración de Social Security, agencias impositivas, de bienestar social y desempleo, etc. y entiendo que la información recibida podría afectar mi elegibilidad para beneficios.
- Entiendo que los datos que he dado en este formulario, incluso los datos sobre beneficios e ingresos, están sujetos a investigación y revisión por personal federal, estatal y del condado, y que en el caso de haber provisto información incorrecta, mis beneficios serán denegados o suspendidos.
- Es de mi conocimiento que conforme a las leyes federales, se prohíbe cualquier tipo de discriminación con respecto a raza, color, país de origen, sexo y discapacidad. Puedo presentar una queja por discriminación en www.hhs.gov/ocr/office/file.
- Es de mi conocimiento que otra persona puede actuar como mi representante durante el proceso. Entiendo que me explicarán sobre mi elegibilidad y otros datos importantes. Entiendo que un cambio en mi condición podría afectar la elegibilidad de los integrantes de mi grupo familiar.
- Puedo apelar la resolución de Health Insurance Marketplace o Medicaid/Hawki en el caso de considerar que se ha cometido un error. Apelar significa decirle a alguien del seguro médico Marketplace o de Medicaid/Hawki que creo que la resolución tomada es errónea y solicitar que la misma sea revisada de manera imparcial. Es de mi conocimiento que el procedimiento para apelar se encuentra en la página 10, en la sección Apelaciones.
- Si se quiere registrar para votar, puede completar el formulario de registro de votante en http://sos.iowa.gov/elections/pdf/voteapp.pdf

Información sobre los números de Social Security

Podemos ayudar sólo a aquellas personas que nos dan sus números de Social Security o el comprobante de solicitud expedido por la oficina de Social Security. **No tiene obligación de informarnos los números de Social Security de las personas de su grupo familiar que no solicitan asistencia, pero puede hacerlo si lo desea.** No obstante, tenga en cuenta que utilizaremos todos los números de Social Security del mismo modo que utilizamos los de aquellas personas que reciben asistencia.

Les denegaremos asistencia a aquellas personas de su grupo familiar que no nos informen sus números de Social Security. Existen algunas excepciones a esta regla. Por favor, pregúntele a su asistente.

No le entregaremos ningún número de Social Security al Servicio de Ciudadanía e Inmigración.

Medicaid

Verificamos lo que nos informa

La información provista será verificada por funcionarios federales, estatales y locales para constatar que es verdadera. Podríamos verificar: el número de Social Security, empleo y sueldo, saldo en cuentas bancarias, condición inmigratoria y dinero recibido de otras fuentes, como Social Security y seguro de desempleo, de cada una de las personas que figuren en la solicitud. Rechazaremos su solicitud si los datos presentados no son correctos.

Podemos revisar los registros de otros estados para ver si alguno de los integrantes de su grupo familiar puede recibir beneficios en Iowa. Esto podría ser debido a la inhabilitación de una persona en un programa de otro estado.

La verificación se realiza utilizando sistemas informáticos como el sistema estatal *Income and Eligibility Verification System* y el sistema federal *Federal Facilitated Exchange,* que incluye *Internal Revenue Service* (IRS), *Social Security Administration* (SSA) y *Department of Homeland Security* (DHS). En el caso de encontrar diferencias entre lo que nos informó y los registros del sistema informático, trataremos de averiguar cuáles son los datos correctos. Para verificar su información, podríamos comunicarnos con su empleador, su banco y otras personas. Le preguntaremos a usted primero, antes de verificar los datos con su empleador, su banco y otras personas.

Conserve esta página para su información.

Cosas que debe saber

- Deberá presentar la solicitud para otros beneficios a los que tenga derecho y deberá aceptarlos.
- Deberá entregarnos información y presentar comprobantes cuando los solicitemos.
- Deberá completar los formularios de revisión cuando sean solicitados.
- DHS podrá entregarle sus respuestas a los funcionarios encargados del orden público con el fin de capturar a aquellas personas que estén prófugas para evadir la ley.
- La unidad de Control de Calidad y la unidad de Investigaciones podrán revisar su caso. Podrían comunicarse con otras personas u organizaciones para conseguir la verificación de sus datos. Al firmar este formulario, nos da autorización para divulgar información confidencial a las unidades de Control de Calidad y de Investigaciones. Debe cooperar con ellos para conservar sus beneficios.
- Deberá reintegrar los beneficios que reciba o que sean pagados a terceros si no calificaba para recibirlos.
- La sección 1128B de la Ley de Social Security dispone sanciones a nivel federal por actos fraudulentos e informes falsos en relación a estos programas.
- Toda persona que obtenga, trate de obtener, o ayude a otra persona a obtener asistencia a la que no tiene derecho, será culpable de infringir las leyes del estado de Iowa. Esto incluye los capítulos 249 y 249A del Código de Iowa, entre otros.
- Puede presentar la solicitud para una parte de su grupo familiar aunque algunos de ellos no sean inmigrantes legales. Por ejemplo, los padres que no sean inmigrantes legales pueden presentar la solicitud para los hijos que sean ciudadanos de los Estados Unidos o extranjeros habilitados. El Departamento verificará la condición inmigratoria de su grupo familiar con el *Department of Homeland Security*. La información provista por dicho departamento podría afectar los beneficios de esas personas. No se le pedirá información a *Department of Homeland Security* sobre aquellas personas para las que no presente la solicitud. No obstante, es posible que se utilicen sus ingresos para ver si el resto del grupo familiar puede obtener Medicaid.
- ***La presentación deliberada de información incorrecta ocasionará que iniciemos un juicio civil o penal en su contra. Además, sus beneficios podrían sean reducidos o podría tener que devolver el dinero recibido.***

Esta autorización perderá validez cuando su Medicaid finalice.

Tiene derecho a apelar

En los casos relativos a Medicaid, usted puede apelar en persona, por teléfono o por escrito. Para apelar por escrito, elija una de las siguientes maneras:

- Complete una apelación electrónicamente en https://dhssecure.dhs.state.ia.us/forms/, **o**
- Escriba una carta explicándonos por qué cree que la decisión es incorrecta, o
- Llene un formulario de Apelación y Solicitud de Audiencia (“Appeal and Request for Hearing”). Puede conseguirlo en la oficina DHS de su condado.

Envíe o lleve el formulario de apelación a *Department of Human Services, Appeals Section, 5th Floor, 1305 E Walnut Street, Des Moines, Iowa 50319-0114*. Si necesita ayuda para presentar la apelación, pregunte en la oficina DHS 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 DHS de su condado puede darle 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 243-1193.

No será discriminado

La política de Iowa Department of Human Services (DHS) es brindarles trato equitativo con respecto a empleo y prestación de servicios a los solicitantes, los empleados y los clientes, sin considerar su raza, color, país de origen, sexo, orientación sexual, religión, edad, discapacidad, ideología política o condición de veterano.

Si usted cree que el DHS ha discriminado o ha tenido una actitud intimidatoria contra usted, por favor envíe una carta detallando su queja a: *Iowa Department of Human Services, Hoover Building, 5th Floor – Bureau of Policy Coordination, 1305 E Walnut, Des Moines, IA 50319-0114* o por correo electrónico a contactdhs@dhs.state.ia.us

Divulgación de Información - Opcional

¡Ayúdenos a ayudarle!

No es obligatorio que firme esta autorización, pero nos ayudaría a obtener la información que necesitamos para ayudarle y no tendríamos que pedirle que firme solicitudes específicas.

Debe saber que:

- Podríamos necesitar más información para decidir si puede obtener asistencia.
- Si necesitáramos que nos proporcione más información, recibirá una carta informándole qué necesitamos y la fecha en que debe entregarla.
- Es su responsabilidad conseguir dicha información o pedirnos que le ayudemos a conseguirla.
- Si no nos proporciona dicha información ni nos pide ayuda antes de la fecha de entrega de la misma, su solicitud podría ser denegada o la asistencia podría terminar.
- Podríamos utilizar la siguiente autorización para obtener la información necesaria. **Pero aún así, deberá conseguir la información que le solicitemos o pedirnos ayuda para conseguirla.**
- Podríamos adjuntar una copia de la autorización a otros formularios para solicitarles a otras personas u organizaciones (como, por ejemplo, su empleador) que nos proporcionen información específica sobre usted o los miembros de su grupo familiar.

Escriba su nombre en letra de imprenta y firme debajo para autorizarnos a obtener la información necesaria. Recuerde de firmar página 8.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN
(Release of Information)

Por la presente autorizo a cualquier individuo u organización a entregar a Department of Human Services de Iowa la información solicitada sobre mi persona o mi grupo familiar.
(I hereby authorize any person or organization to give the Iowa Department of Human Services requested information about me or other members of my household.)

Una copia de esta autorización es tan válida como el original.
(A copy of this release is as valid as the original.)

Esta autorización no es válida en el caso de información protegida referida a la salud.
(This release does not apply to protected health information.)

Esta autorización es válida por 12 meses a partir de la fecha de mi firma.
(This release is good for 12 months from the date signed.)

_____	_____
Su nombre (en imprenta legible) (Your Name – please print clearly)	Nombre de otro adulto (en imprenta legible) (Other Adult Name – please print clearly)
_____	_____
Firma o marca (Signature or Mark)	Firma o marca (Signature or Mark)
_____	
Fecha (Date)	