

Appendix A for Health Coverage (Apéndice A de cobertura salud)

Complete esta sección si usted o alguien en su grupo familiar es adulto mayor (65 o más años), ciego o discapacitado.

Nombre de la persona que solicita servicios	Estado civil	Fecha de nacimiento	N°. de Social Security

Por favor indique si usted o alguien en su grupo familiar necesita cualquiera de las siguientes coberturas:

- Ayuda para pagar los costos de su centro (enfermería, PMIC, centro de enfermería especializada)
- Servicios para permanecer en su hogar (incluye vida asistida)
- Exención por SIDA/VIH – Sin límite de edad y diagnóstico de SIDA o infección por VIH
- Exención por lesión cerebral – Al menos 1 mes de edad y diagnóstico de lesión cerebral
- Exención por salud mental de menores – Menores de 18 años y diagnóstico de trastorno emocional grave
- Exención para adultos mayores – 65 años o más y necesitan enfermería o un nivel de atención especializado
- Exención por salud y discapacidad – Menos de 65 años y determinado como discapacitado
- Exención por discapacidad intelectual – Sin límite de edad y diagnóstico de discapacidad intelectual
- Exención por discapacidad física – Entre 18 y 64 años con una discapacidad física
- Programa de atención médica con todo incluido para adultos mayores (PACE) – 55 años o más, vivir en un condado que tenga un centro PACE y cumplir con el requisito de Nivel de Atención
- Ayuda para pagar las primas de Medicare
- State Supplementary Assistance (Asistencia Estatal Suplementaria) (centro de cuidado residencial, cuidados relacionados con la salud a domicilio, persona dependiente)
- Ayuda para pagar una estadía hospitalaria de 30 días o más.
- Otro

POR FAVOR PROVEA VERIFICACIÓN DE TODOS LOS PUNTOS QUE MARQUE ABAJO (copias, no originales)

Si tiene más información para informar, utilice una hoja de papel adicional.

- I. **Ingreso** – Infórmenos sobre cualquier fuente de ingreso adicional de cada persona en su grupo familiar; por ejemplo, manutención de menores, pagos de veterano de la guerra, enfermedad del pulmón negro, ferroviario, Supplemental Security Income (SSI) (Ingreso de Seguro Suplementario), compensación del trabajador, intereses, pensión alimenticia y dividendos, etc.

Nombre de la persona con ingreso	Tipo de ingreso	Monto	¿Cada cuánto tiempo recibe el pago?

Nombre de la persona con ingreso	Tipo de ingreso	Monto	¿Cada cuánto tiempo recibe el pago?

2. **Recursos** – Infórmenos todos los recursos de cada persona en su grupo familiar, incluidos el dinero disponible, cuentas de cheques y ahorros, tarjeta de débito del seguro social, acciones, bonos, fondos mutuos, anualidades, valores en caja fuerte, plan 401ks, IRAs, CDs, etc.

Nombre del propietario del recurso	Tipo de recurso	Nombre/Ubicación de la institución financiera	Cuenta	Valor actual

3. **Vehículos motorizados** – Infórmenos sobre todos los vehículos de cada persona en su grupo familiar, incluso si el vehículo no estuviera en buenas condiciones de funcionamiento.

Propietario	Año/Marca/Modelo	Valor justo de mercado	Monto adeudado

4. **Gastos médicos insatisfechos** – Infórmenos sobre todos los gastos médicos (correspondientes a cada una de las personas en su grupo familiar) que no son reembolsados por terceros.

Nombre de la persona con gastos médicos insatisfechos	Tipo de gasto médico	Monto	¿Cada cuánto tiempo incurre en este gasto?

5. **Entierro/Funeral** – Infórmenos sobre todos los nichos de cementerio, fondos para entierro o funeral, o contratos de entierro de cada persona en su grupo familiar.

Tipo	Ubicación	Cuántos/ Para quiénes	Valor actual

Tipo	Ubicación	Cuántos/ Para quiénes	Valor actual

6. **Seguro de vida** – Infórmenos sobre todas las pólizas de seguro de vida de propiedad de cada persona en su grupo familiar.

Propietario de la póliza	Nombre y dirección de la compañía	N.º de póliza

¿Tiene la intención de utilizar su seguro de vida para pagar los gastos de funeral? Sí No

7. **Propiedad** – Infórmenos sobre todas las propiedades de cada persona en su grupo familiar, incluida su casa (la casa donde usted vive) y otros bienes inmuebles (otras propiedades; por ejemplo, casa de vacaciones, casa para el alquiler, terreno sin construir, edificios, etc.).

Dueño de la propiedad	Dirección de la propiedad	Valor de la propiedad

8. ¿Usted o cualquiera persona en su grupo familiar tiene el dominio vitalicio de algún bien? Sí No

Si la respuesta es sí, quién: _____

9. ¿Usted o cualquiera persona en su grupo familiar tiene un fideicomiso? Sí No

Si la respuesta es sí, quién: _____

10. ¿Usted o cualquiera en su grupo familiar nunca ha aceptado una herencia en los últimos cinco años? Sí No

Si la respuesta es sí, quién: _____

11. ¿Usted o cualquiera en su grupo familiar transfirió, vendió o donó recursos por menos de su valor en los últimos cinco años? Sí No

Si la respuesta es sí, quién/qué: _____

Fecha en que ocurrió: _____ de _____ de _____

12. ¿Alguien de los que solicita beneficios vive en una institución médica (enfermería, hospital, PMIC, etc.)? Sí No

Si la respuesta es sí, quién: _____

Fecha de admisión: _____ de _____ de _____

Nombre del centro: _____

Teléfono: _____

13. ¿Usted o alguien en su grupo familiar recibe seguro para cuidados a largo plazo? Sí No

Nombre de la compañía: _____

14. Si actualmente vive en una institución médica y es propietario de una casa, ¿pretende volver a su casa? Sí No

15. ¿Alguien en su grupo familiar que esté solicitando tiene algún trámite pendiente del beneficio por Discapacidad del Seguro Social? Sí No

Si la respuesta es sí, quién: _____

Para acelerar el procesamiento de su solicitud, puede proveer verificación de lo siguiente con su solicitud. Si no presenta la verificación con su solicitud, recibirá una carta que indicará lo que necesitamos antes de procesar su solicitud.

Para cualquier persona que solicite y no sea ciudadano estadounidense:

▪ **Estatus migratorio**

Tarjeta de identificación de extranjero (tarjeta verde, I-551, I-94), visa, pasaporte, o documentos del Servicio de Inmigraciones

Envíe verificación de aquellos que:

▪ **Trabajan**

Talones de cheques de los últimos 30 días o una declaración escrita de las ganancias de su empleador si no tuviera los talones de cheques.

▪ **Son empleados por cuenta propia**

La declaración de impuestos más reciente y todas las planillas relacionadas o registros del negocio si no presentó la declaración de impuestos.

▪ **Reciben otro ingreso**

(Esto incluye manutención de menores, pagos de veterano de la guerra, enfermedad de pulmón negro, ferroviario, compensación del trabajador, intereses y dividendos, dinero recibido de amigos o parientes, pensión, etc.) Una declaración de la persona o compañía que emite el ingreso, copia de los cheques (que muestren el monto de ingreso bruto), carta de otorgamiento de beneficio, formularios de impuestos, orden de la corte, u otros documentos de los últimos 30 días o el más reciente recibido.

Envíenos un comprobante en el caso de cualquier persona que durante los últimos 90 días, a partir de la fecha de la solicitud, tenga 19 años o más.

▪ **Cuentas bancarias**

Estados de cuenta recientes o una declaración escrita del banco donde se indique el saldo o valor actual de las cuentas.

▪ **Propiedad**

Estado de cuenta de impuestos de la propiedad. Incluya documentos que muestren el monto adeudado contra la propiedad.

▪ **Contratos de entierro/funeral**

Contrato de entierro y declaración de bienes y servicios de la compañía o funeraria que tiene el contrato.

▪ **Otros recursos**

Incluye acciones, bonos, fondos mutuos, anualidades, valores en caja fuerte, 401ks, IRAs, CDs, vehículos, etc.

▪ **Pólizas de seguro de vida**

Valor nominal y en efectivo, bonos, anualidades, fideicomisos, declaraciones de propiedad de acciones, u otros documentos que muestren el valor de los activos. Incluya documentos que muestren el saldo actual de los préstamos contra los activos.

▪ **Gastos médicos insatisfechos**

Facturas médicas, facturas de farmacia, transporte médico.

Envíe copias de los comprobantes. No envíe sus documentos originales.

Iowa Department of Health and Human Services
Anexo a los formularios de solicitud y revisión para autorización para solicitar información

Autorización para solicitar información – OPCIONAL

¡Ayúdenos a ayudarle!

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 que se encuentra 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.

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR INFORMACIÓN

Por la presente, autorizo a cualquier persona u organización a proporcionar 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 la firma.

Su nombre (escriba claramente)

Nombre del otro adulto (escriba claramente)

Firma o marca

Firma o marca

Fecha

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Por favor guarde esta página para su información.



Rights and Responsibilities (Derechos y responsabilidades)

Cuando obtiene Medicaid del Department of Health and Human Services (HHS), usted tiene los siguientes derechos y responsabilidades.

Nota: "Medicaid" en este formulario se refiere a cualquier programa de asistencia médica del HHS, incluidos Medicaid, Healthy and Well Kids in Iowa (Hawki), Iowa Health and Wellness Program (IHAWP), Asistencia estatal suplementaria (SSA, por sus siglas en inglés) y Asistencia Médica para Refugiados (RMA, por sus siglas en inglés).

¿Cuáles son mis derechos?

Usted tiene derecho a:

- Solicitar cualquier programa.
- Presentar una solicitud en línea, por teléfono, correo postal, fax o en persona en la oficina del HHS de su condado.
- Recibir ayuda de alguien para completar su solicitud.
- Que le aclaren todas sus preguntas.
- Obtener información de los programas que solicita y cualquier otro programa del HHS que pueda recibir.
- Que le envíen un aviso dentro de un plazo de 45 días a partir de la fecha de recibo de su solicitud donde se indique la determinación adoptada.
- Mantener su información y la de su familia en privado de acuerdo con lo exigido por la ley.
- Que consideremos sus gastos para calcular su elegibilidad o la cantidad de asistencia a recibir y a presentar pruebas si se lo pedimos. Si no reporta o no entrega pruebas de sus gastos cuando se lo pidamos, significa que está eligiendo no reclamar el gasto. Puede informar y presentar pruebas más adelante para usar un gasto en los próximos meses.
- Ser tratado de manera igualitaria, sin importar su raza, color, país de origen, sexo, orientación sexual, identidad de género, religión, edad, discapacidad, creencia política o estatus de veterano de guerra. Si cree que lo hemos discriminado o que hemos tenido una actitud intimidatoria contra usted, envíe una carta detallando su queja a: HHS, Office of Human Resources, Hoover Building – 1st Floor, 1305 E. Walnut, Des Moines IA 50319-0114 o por correo electrónico a contactdhs@dhs.state.ia.us
- Apelar cualquier decisión con la que no esté de acuerdo siguiendo las instrucciones que se encuentran en la última página de este formulario.

¿Cuáles son mis responsabilidades?

- Debe decirnos la verdad.
 - La sección 1128B de la Ley de Seguro Social provee penas federales por actos fraudulentos e informes falsos en relación con los programas de Medicaid.
 - 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, 249A, 249N y 514I del Código de Iowa.
 - Entregar información errónea intencionalmente podría significar que tomemos acciones legales, criminales o civiles, contra usted.

Por favor guarde esta página para su información.

- Tendrá que devolver los beneficios pagados por error por usted o por cualquier persona que usted haya solicitado. Puede ser responsable por el monto total de los pagos realizados, incluidos los pagos al plan de salud y dental en el que se inscribió la persona.
- Debe informarnos cualquier cambio que pueda afectar su elegibilidad, dentro del plazo de 10 días. Esto incluye cambios como:
 - Una nueva dirección postal o de domicilio.
 - Comenzar o finalizar un trabajo o cualquier otra fuente de ingreso (incluidos un monto global, manutención de menores vencida, herencias, acuerdos o manutención médica en efectivo).
 - Mudanza de una persona dentro o fuera de su hogar.
 - Recursos o activos, incluida la obtención de una herencia.
 - Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud (incluidos los seguros patrocinados por el empleador, Medicare, etc.).
 - Presentar un reclamo del seguro u obtener un abogado para recuperar las facturas pagadas por Medicaid.

Para informar un cambio:

- Llame al 1-877-347-5678, o
- Envíe un correo electrónico a IMCustomerSC@dhs.state.ia.us, o
- Envíe la información por fax al 1-877-238-0015.
- Debe solicitar y aceptar cualquier otro beneficio y cobertura de asistencia médica que pueda 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.
- Debe cooperar con la Sección de Control de Calidad (Quality Control Section, QC) y con el Departamento de Inspecciones y Apelaciones (Department of Inspections and Appeals, DIA). Ellos podrían contactar a otras personas u organizaciones para verificar su información. Al firmar la solicitud, usted otorga su permiso para divulgar información confidencial a la unidad QC o al DIA.
- Si algún menor que se encuentre solicitando o recibiendo Medicaid tiene un padre que vive fuera del hogar, debe cooperar con la agencia que recauda la manutención médica de un padre ausente. Si considera que cooperar en el proceso para obtener la manutención médica puede provocar daños a usted o su hijo(a), infórmenos y podría no tener que colaborar en esto.
- Debe cooperar con el Programa de pago de primas del seguro médico (HIP, por sus siglas en inglés) e inscribirse en un plan de salud por medio de su empleador, si se lo solicitamos. Visite <https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hip> para obtener una explicación.
- Debe aceptar asignar pagos médicos de una tercera persona a la agencia de Medicaid para usted y para otras personas elegibles para Medicaid y a quienes legalmente pueda asignar beneficios, también debe cooperar para obtener pagos médicos de terceros, otorgar a la agencia de Medicaid los derechos para buscar y obtener apoyo médico de un cónyuge y otorgar a la agencia de Medicaid derechos para buscar y obtener dinero de otros seguros de salud, acuerdos resolutorios legales o terceros.
- Si recibe dinero de otra persona o una compañía de seguros para pagar sus facturas médicas, debe entregar ese dinero al HHS si Medicaid pagó la factura. Ese dinero se utilizará para pagar las facturas que Medicaid pagó por usted.

Este permiso caduca cuando se termina su Medicaid.

Por favor guarde esta página para su información.

Otras cosas que necesita saber

- HHS proveerá documentos o formularios de reclamaciones que describan los servicios pagados por Medicaid a solicitud suya o de un abogado que actúe en su nombre. Esos documentos también se proveerán a terceros, si fuera necesario, para establecer la magnitud de la reclamación de reembolso del HHS.
- Si el Estado de Iowa se suscribió como el beneficiario residual de una anualidad para que usted calificara para el pago de cuidado a largo plazo de Medicaid, el Estado de Iowa obtendrá los beneficios remanentes de la anualidad, hasta el monto pagado de los beneficios de Medicaid.
- Si se inscribe en un plan de salud de cuidado administrado, usted acepta la divulgación de información médica, incluida cualquier información clínica de salud mental o abuso de sustancias por parte de sus proveedores médicos a PCP, a otros proveedores de cuidado administrado o a la entidad administrativa autorizada contratada por el proveedor de cuidado administrado para determinar la idoneidad, calidad o utilización de los servicios recibidos mientras esté inscrito en el plan de cuidado administrado. Se necesita una certificación médica Iowa Medicaid para ciertos programas médicos. Los pagos de cualquier servicio médico futuro se harán directamente a los médicos y proveedores médicos bajo el Programa de Seguro de Medicare (Medicare Parte B).

Revisamos lo que usted nos dice

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 incluyen cualquiera de las indicadas por la persona: Número de Seguro Social, empleo y salario, saldo en cuenta bancaria, estatus migratorio y montos recibidos de otras fuentes como el Seguro Social o seguro de desempleo. Si alguna información provista no es correcta, podemos pedirle que nos envíe comprobantes o podemos negar o cancelar sus beneficios.

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

Como parte del proceso de determinación de elegibilidad, es posible que necesitemos recuperar su información de fuentes como el Servicio de Impuestos Internos (IRS), la Administración del Seguro Social (SSA), el Departamento de Seguridad Nacional, el Sistema de Verificación de Activos (AVS, por sus siglas en inglés) y el Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad del estado. Si cualquier cosa que nos haya dicho es diferente a lo que figura en los sistemas, averiguaremos para saber cual es la información correcta. Para revisar su información podríamos comunicarnos con su empleador, con su banco o con otras personas. Para hacer este tipo de averiguaciones con su empleador, banco u otras personas, le preguntaremos a usted primero. Dicha información puede afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios de su grupo familiar.

La autorización para usar la base de datos del AVS se mantiene vigente durante todo el tiempo que el Departamento determina la elegibilidad, mientras la persona recibe Medicaid o hasta que el solicitante o beneficiario revoca esta autorización. Si se presenta una renuncia o revocación de la autorización, el Departamento puede, basado en eso, determinar que el solicitante o beneficiario no es elegible para recibir asistencia médica.

Información acerca de la solicitud de un Número de Seguro Social

Podemos entregar ayuda solo a personas que nos den su Número de Seguro Social (SSN) o un comprobante de la oficina del Seguro Social y negaremos la asistencia a las personas que no nos provean un SSN. No hay excepciones a esta regla. Contáctenos si tiene preguntas.

No tiene que darnos el SSN de las persona en su grupo familiar que no quieran ayuda, pero usted puede elegir darnos sus SSN para acelerar el procesamiento de su caso. Utilizaremos cualquier SSN que nos entregue de la misma forma que lo hacemos con el SSN de las personas que solicitan asistencia. Como lo exige la Sección 1137(a)(1) de la Ley del Seguro Social y en 42 CFR 435.910, usamos el SSN para verificar ingresos/ elegibilidad/pagos, determinar el derecho de una persona a recibir Medicaid, cumplir con la ley federal y comparar registros con otras agencias.

Información acerca del estatus migratorio

Usted puede solicitar 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
Comm. 233(S) (Rev. 04/24)

Por favor guarde esta página para su información.

estadounidenses o residentes legales. Es posible que deba presentar un comprobante del estatus migratorio o de la ciudadanía estadounidense para cada persona de su grupo familiar que está solicitando beneficios.

Cuando nos dice que una persona que está presentando una solicitud tiene un estatus migratorio elegible, el estatus migratorio de esa persona se verifica con el Departamento de Seguridad Nacional, lo cual requiere que enviemos cierta información de su solicitud o formulario de revisión. Cualquier información que obtengamos del Departamento de Seguridad Nacional puede afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios de su grupo familiar. No contactaremos al Departamento de Seguridad Nacional para consultar por personas que no solicitan beneficios. Sin embargo, sus ingresos y activos podrían ser considerados para ver si el resto del grupo familiar puede recibir ayuda.

Información acerca de la recuperación de 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 Cuidados Administrados (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 de patrimonio se aplica si obtiene Medicaid y si:

- 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 mayor información, llame al Programa de Recuperación Patrimonial de Medicaid en Iowa al 1-877-463-7887 o visite en línea:

<http://dhs.iowa.gov/sites/default/files/Comm123.pdf> (Inglés) o <http://dhs.iowa.gov/sites/default/files/Comm123S.pdf> (Español).

Al firmar un formulario de solicitud/revisión, usted otorga su autorización para que el HHS comparta:

- Sus registros médicos y otros registros de salud con oficiales federales y estatales.
- El estado de su caso Médicamente con necesidades (Medically Needy), el monto de su gasto inicial y las facturas utilizadas para cubrir sus gastos con el proveedor cuyas facturas se están utilizando.
- La fecha de vencimiento de la prima de Medicaid de Personas Empleadas con Discapacidades (MEPD), IHAWP, DWP y Hawki con su proveedor médico.
- La información contenida en su solicitud para exenciones de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS, por sus siglas en inglés) con la agencia de administración de casos elegida o con el administrador del Programa de Servicios para Lesiones Cerebrales (para solicitudes de exención de HCBS por lesiones cerebrales) del Iowa Department of Health and Human Services (HHS).
- La fecha de presentación de su solicitud en su centro de enfermería.

Al firmar un formulario de solicitud/revisión, usted:

- Autoriza a su proveedor médico a compartir su información médica con un PCP, otros proveedores de cuidado administrado o al organismo administrativo autorizado contratado por el proveedor de cuidado administrado para determinar la idoneidad, calidad o utilización de los servicios recibidos mientras esté inscrito en el plan de cuidado administrado.
- Autoriza a su proveedor médico a compartir su información con la Unidad de Servicios Médicos IME para certificar una necesidad médica para ciertos programas o servicios de Asistencia Médica.

Información para quienes solicitan WIC o servicios de salud maternal e infantil

- Es necesario proveer una declaración de ingresos y de las personas que componen su grupo familiar para asegurar que los fondos federales y estatales se dirijan a aquellas personas que son menos capaces de obtener servicios de otras fuentes.

Por favor guarde esta página para su información.

- El Director de Salud Maternal e Infantil del Iowa Department of Health and Human Services, el Director de WIC, o sus designados tendrán acceso a toda la información disponible en los registros mantenidos por la agencia que provee servicios de salud maternal, salud infantil o WIC.

Información para quienes solicitan servicios bajo una Presunta Elegibilidad para Medicaid

- Sus respuestas a algunas preguntas no afectarán la presunta decisión de elegibilidad de Medicaid. Estas respuestas son necesarias para que el HHS tome una decisión solo para solicitudes de continuidad de Medicaid.
- Si solo solicita servicios bajo una Presunta Elegibilidad para Medicaid, no se verificará toda su información en los sistemas computacionales.
- Si elige que su solicitud se envíe al HHS para una determinación de continuidad de Medicaid, el HHS verificará los ingresos, la ciudadanía, el estatus migratorio, la identidad y otra información según sea necesario.
- Todos los servicios bajo una Presunta Elegibilidad para Medicaid se otorgan diariamente y pueden finalizar en un día determinado, sin previo aviso, una vez que se determina que la persona ya no es presuntamente elegible.
- No se otorgan audiencias de apelación para casos de servicios bajo una Presunta Elegibilidad para Medicaid.

Cómo apelar

Usted, o la persona que le ayude, puede solicitar una audiencia de apelación si no está de acuerdo con alguna acción tomada en su caso. Puede apelar en persona, por teléfono o por escrito. Para apelar por escrito haga una de las siguientes cosas:

- Complete una apelación electrónicamente en https://secureapp.dhs.state.ia.us/dhs_titan_public/appeals/appealrequest, o
- Escriba una carta explicando por qué cree 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 postal o llévelo personalmente al HHS, Appeals Section, 5th Floor, 1305 E Walnut Street, Des Moines, IA 50319-0114. Si necesita ayuda para presentar una apelación, pregunte en la oficina del HHS de su condado. Puede representarse solo. O bien, puede hacer que un amigo, pariente, abogado u otra persona actúe en su nombre.

Puede comunicarse con la oficina del HHS de su condado para obtener información sobre los servicios legales existentes. Es posible que tenga que pagar por estos servicios legales. Si así fuera, su pago se basará en su ingreso. También puede llamar a Iowa Legal Aid al **1-800-532-1275**. Si vive en el condado de Polk, llame al **(515) 243-1193**.