Iowa Department of Health and Human Services

Revisión de Medicaid/Asistencia estatal suplementaria

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 hora de la revisión de su elegibilidad para los beneficios de Medicaid o Asistencia estatal suplementaria. Esta información será utilizada para decidir si continuará recibiendo Medicaid.

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

- **Por correo postal:** 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 HHS.

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. **Si tiene un comprobante de su ingreso, gastos y recursos/bienes, puede enviarlo con esta revisión. Esto podría acelerar el procesamiento de su revisión.**
   Envíe copias ya que no podemos devolver los originales a usted.
3. Firme el formulario en la página 5. Se requiere su firma para que el formulario se considere completo.
4. **Devuelva este formulario antes del .** Si no devuelve el formulario para la fecha límite indicada, podría perder su cobertura de Medicaid o Asistencia estatal suplementaria.

¿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. ¿Hay alguna otra persona viviendo en su casa que no esté indicada arriba? Si es así, 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	Si no es ciudadano estadounidense y tiene un estatus migratorio elegible, indique el tipo de documento y el número de ID.

¿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? _____

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, vestirse, tareas habituales, etc.) o vive en una institución médica o asilo de ancianos? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí, ¿quién? _____

Nombre del centro _____

Fecha de entrada _____

¿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 que le permite salir a trabajar?

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

¿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 la respuesta es Sí, ¿quién? _____

Información sobre ingresos

Liste los ingresos de las personas en su hogar. Esto incluye a usted, su cónyuge y sus hijos no casados menores de 18 años que vivan con usted o en un asilo de ancianos. Si deja un espacio en blanco, asumiremos que no tiene dinero de este tipo. Use una hoja de papel adicional si fuera necesario. Si tiene un comprobante de ingreso (talones de cheques, declaración del empleador, pensión, cartas de otorgamiento de beneficios de VA, cartas de beneficio de anualidad, declaraciones de impuestos, etc.), puede enviarla con esta revisión. Esto podría acelerar el procesamiento de su revisión.

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido y sufijo)	Tipo de ingreso	¿Qué cantidad?	¿Con qué frecuencia?
		$	☐ Mensual ☐ Otro_____
		$	☐ Mensual ☐ Otro_____
		$	☐ Mensual ☐ Otro_____
		$	☐ Mensual ☐ Otro_____
		$	☐ Mensual ☐ Otro_____
		$	☐ Mensual ☐ Otro_____

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

Si la respuesta es No, explique._____

Empleo por cuenta propia y/o trabajos esporádicos

Si alguien en su grupo familiar es **empleado por cuenta propia**, necesitamos saber sobre su trabajo. Envíenos la declaración de impuestos completa del año pasado. Si no hizo sus impuestos, envíe comprobantes de sus ingresos y gastos del año pasado.
Por ejemplo, una carta de la persona para quien trabaja.
Envíe un comprobante de su ingreso del trabajo de los últimos 30 días, esto incluye los trabajos esporádicos.

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido y sufijo)	Tipo de trabajo	Cantidad pagada cada mes
		$
		$

Automóviles

Liste todos los automóviles, camionetas, botes, casas rodantes, motocicletas u otros vehículos con licencia o sin licencia que cualquier persona en su hogar tenga o vaya a comprar:

Quién	Marca/Modelo/Año	Valor	¿Monto adeudado?
		$	$
		$	$
		$	$

Activos

Liste el total de recursos de propiedad de cada una de las personas en su casa:

Tipo	Quién	Banco o Ubicación	¿Monto?
Dinero en efectivo			$
Cuentas bancarias/cooperativas de crédito (cheques, ahorros, etc.)			$
Acciones, bonos, certificados de ahorro, IRA, Keogh u otros bienes			$
Cuenta en asilo de ancianos			$
Terreno, edificios o casas			$
Contrato de entierro, nicho de cementerio o fondos para funeral			$
Fideicomiso			$
Dominio vitalicio de algún bien			$
Otro			$

Seguro de vida

Nombre de compañía	Número de póliza	Valor nominal	Valor en efectivo
		$	$
		$	$
		$	$

Envíenos sus estados de cuenta más recientes con este formulario.

Si alguien regaló algo de valor, transfirió cualquier cosa por menos de su valor o agregó el nombre de otra persona a un recurso, díganos:

¿Cuándo?_____ ¿Qué?_____

Si alguien vendió un recurso, díganos:

¿Cuándo?_____ ¿Qué?_____

Si recibió una herencia o rechazó una herencia, liste lo siguiente:

¿Cuándo?_____ Monto $_____

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? _____

Cantidad que paga: $_____ por mes

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_____

Liste a cualquiera en su hogar que tenga cuentas médicas regulares que Medicaid no paga:

¿Quién?_____ ¿Qué relación tiene con usted?_____

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.

¿Tiene un tutor, custodio o representante? Si la respuesta es Sí, por favor infórmenos sobre ellos. Si usted es un representante, tutor o custodio 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 poner firma y fecha en la sección "Lea y firme este formulario" que está ubicada en la página 6.

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).

Esta Revisión no se considera completa a menos que haya sido firmada aquí.

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 los beneficios e ingresos, que he proporcionado en este formulario está sujeta a investigación y revisión por parte del personal del condado, estado y gobierno federal y que si proporciono datos incorrectos mis beneficios pueden ser denegados o suspendidos.
- 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 la agencia de Medicaid/Asistencia estatal suplementaria ha cometido un error, puedo apelar su decisión. Apelar significa decirle a un representante de la agencia de Medicaid/Asistencia estatal suplementaria que pienso que la acción es incorrecta y pido una revisión justa de la acción. Sé que el proceso de apelación se explica en la sección Apelaciones de este formulario.
- 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, su banco o con 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, 5th Floor, 1305 E Walnut Street, Des Moines, IA 50319-0114. 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 800-532-1275. Si vive en el condado de Polk, llame al 243-1193.

No será discriminado

Es política del Iowa Department of Health and Human Services (HHS) proveer un trato equitativo en el empleo y la provisión de servicios a solicitantes, empleados y clientes sin considerar su raza, color, país de origen, sexo, orientación sexual, identidad de género, religión, edad, discapacidad, creencia política o estado 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, Hoover Building, 5th Floor – Bureau of Policy Coordination, 1305 E Walnut,
Des Moines, IA 50319-0114 o por correo electrónico contactdhs@dhs.state.ia.us

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 firmar la página 5 también.

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	