

AVISO DE ACCIÓN

14 de abril de 2023

Número de caso:

Identificación del trabajador:
Nombre del trabajador:
Teléfono del trabajador:

Revise el aviso completo. Si tiene preguntas, llame a su trabajadora mencionada arriba o al (800) 888-8888.

ha sido aprobado/a para Medicaid a partir del .

| mayo | | 2023 | |
|--|----------|---|--------------|
| Ingreso no derivado del trabajo | N/A | Ingreso derivado del trabajo | \$2,290.00 |
| Deducciones de los ingresos no derivados del trabajo | N/A | Deducciones de los ingresos derivados del trabajo | - \$0.00 |
| Ingreso neto no derivado del trabajo | N/A | Ingreso neto derivado del trabajo | = \$2,290.00 |
| Deducciones de los ingresos combinados | - \$0.00 | Ingreso neto total | \$2,290.00 |
| Ajustes de ingresos | + \$0.00 | Ingresos contables totales | = \$2,290.00 |
| Asignación y otras deducciones | - \$0.00 | Tamaño del grupo familiar | 3 |
| | | Prima del grupo familiar | \$0.00 |

ha sido aprobado/a para Medicaid a partir del .

Reglas aplicadas: 441 Iowa Admin. Code 75.13, 75.16, 75.57, 75.70, 75.71, 76.13, 76.5, 74.2(1)c, 75.1(39), 75.13(2), 75.52(5)a, 76.2(2)e;

Tiene derecho a solicitar una apelación. Para obtener información sobre cómo apelar, consulte la última página de este aviso o vaya a www.dhs.iowa.gov.

AVISO DE ACCIÓN

14 de abril de 2023

Número de caso:

| mayo | | 2023 | |
|--|----------|---|--------------|
| Ingreso no derivado del trabajo | N/A | Ingreso derivado del trabajo | \$2,290.00 |
| Deducciones de los ingresos no derivados del trabajo | N/A | Deducciones de los ingresos derivados del trabajo | - \$0.00 |
| Ingreso neto no derivado del trabajo | N/A | Ingreso neto derivado del trabajo | = \$2,290.00 |
| Deducciones de los ingresos combinados | - \$0.00 | Ingreso neto total | \$2,290.00 |
| Ajustes de ingresos | + \$0.00 | Ingresos contables totales | = \$2,290.00 |
| Asignación y otras deducciones | - \$0.00 | | |
| | | Tamaño del grupo familiar | 3 |
| | | Prima del grupo familiar | \$0.00 |

ya no recibirá Asistencia Médica a partir del [] porque [] tiene derecho o está inscrito en Medicare.

Su Asistencia médica continuará hasta la fecha que se indica arriba mientras se determina la elegibilidad de Medicaid bajo otros grupos de cobertura. Para determinar su elegibilidad bajo otro grupo de cobertura, **necesitamos un comprobante de ingresos** (por ejemplo: Seguro Social; dinero obtenido de un empleo; intereses y dividendos; beneficios para veteranos; herencia; etc.) **y recursos** (por ejemplo: dinero en cuentas de ahorros y cheques; vehículos; seguros de vida; acciones y bonos; bienes raíces; contratos de fideicomiso; rentas vitalicias; etc...).

El Departamento debe recibir la información solicitada en un plazo no mayor a []. Cuando el Departamento reciba la información solicitada, dentro la fecha tope, un trabajador determinará si usted es elegible para Medicaid bajo otro grupo de cobertura y le notificará los resultados. **SI** para la fecha indicada el Departamento no ha recibido la información requerida, tendrá que volver a solicitar los beneficios de Medicaid.

Provea la información a:

IOWA DEPT. OF HUMAN SERVICES
1305 E Walnut St
DES MOINES IA 50319-0106

No podemos devolver documentos originales. Envíenos solo copias de sus comprobantes de ingresos.

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una solicitud de audiencia debido a que no está de acuerdo con una decisión tomada por el Department of Human Services (DHS). Si no está de acuerdo con una decisión, tiene derecho a presentar una apelación. No tiene que pagar para presentar una apelación. [441 Iowa Administrative Code Chapter 7].

¿Cómo apelar?

Presentar una apelación es fácil. En los casos relativos a Food Assistance (Asistencia alimentaria), Child Care Assistance (Asistencia para cuidado infantil), Family Investment Program (Programa de inversión familiar) o Medicaid, puede apelar en persona, por teléfono o por escrito. En el caso de los demás programas, debe apelar por escrito mediante una de las siguientes opciones:

- Complete una apelación electrónica en <https://dhs.iowa.gov/node/966>, o
- Escriba una carta indicando por qué cree que la decisión es incorrecta, o
- Complete un formulario de Apelación y Solicitud de audiencia. Puede obtener este formulario en la oficina del DHS de su condado.

Envíe el formulario de apelación por correo postal o entréguelo de manera personal en el Department of Human Services, Appeals Section, 5th Floor, 1305 E Walnut Street, Des Moines, Iowa 50319-0114. Si necesita ayuda para presentar una apelación, comuníquese con la oficina del DHS de su condado.

¿Cuánto tiempo tengo para apelar?

Para los casos de Food Assistance (Asistencia alimentaria) o Medicaid tiene 90 días calendario a partir de la fecha de la decisión para presentar una apelación. Para todos los demás programas debe presentar una apelación:

- Dentro de los 30 días calendario posteriores a la fecha de la decisión o
- Antes de la fecha de entrada en vigor de una decisión

Si presenta una apelación con más de 30 días, pero menos de 90 días calendario, desde la fecha de la decisión, debe indicar las razones del retraso en la presentación de su apelación. Si tiene un motivo justificado para haber presentado su apelación tardíamente, decidiremos si puede tener una audiencia. Si presenta la apelación fuera del plazo de 90 días desde la fecha de la decisión, no podemos otorgarle una audiencia.

¿Puedo seguir recibiendo beneficios mientras mi apelación está pendiente?

Si presenta una apelación dentro de un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha de recepción del aviso, podrá mantener sus beneficios hasta que finalice el proceso de apelación o hasta el término del periodo de certificación. Una notificación se considera recibida 5 días calendario después de la fecha que aparece en la notificación. En el caso de Family Investment Program (Programa de inversión familiar), Child Care Assistance (Asistencia para cuidado infantil) y Medicaid, los beneficios también pueden continuar si presenta una apelación antes de la entrada en vigor de una decisión. Si se ratifica que la acción del Departamento es correcta, cualquier beneficio que haya recibido mientras se decidía su apelación tendrá que ser devuelto.

¿Cómo sabré si se me concedió una audiencia?

Recibirá un aviso de audiencia que indicará la fecha y hora en que está programada la audiencia telefónica. Si no se le concede una audiencia recibirá una carta con la negativa. La carta explicará las razones por las que no se le concedió la audiencia. También explicará lo que puede hacer si no está de acuerdo con la decisión de no concederle una audiencia.

¿Puedo tener a alguien que me ayude en la audiencia?

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 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 243-1193.

Política con respecto a discriminación, acoso, acción afirmativa e igualdad de oportunidades en el empleo

Es política del Departamento de Servicios Humanos de Iowa (DHS, 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, identidad de género, religión, edad, discapacidad, creencia política o estatus de veterano.

Si considera que el DHS le ha discriminado o ha tenido una actitud intimidatoria contra usted, 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

(únicamente para Food Assistance) USDA Office of the Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Ave SW, Washington, DC 20250-9410, o llame al 866-632-9992. Las personas que tienen impedimentos auditivos o del habla pueden usar el Federal Relay Service; para ello deben llamar al 800-877-8339.

Información Adicional: puede encontrar información sobre la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) en <https://dhs.iowa.gov/hipaa>.

EXAMPLE

THIS PAGE IS INTENTIONALLY LEFT BLANK

NOTICE OF ACTION

Case Number:

Worker ID:
Worker Name:
Worker Phone:

Please review the entire notice. If you have questions, call your worker see above or at (800) 888-8888.

has been approved for Medicaid beginning .

| May | | 2023 | |
|---------------------------------|----------|--------------------------|--------------|
| Unearned Income | N/A | Earned Income | \$2,290.00 |
| Unearned Income Deductions | N/A | Earned Income Deductions | - \$0.00 |
| Net Unearned Income | N/A | Net Earned Income | = \$2,290.00 |
| Combined Income Deductions | - \$0.00 | Total Net Income | \$2,290.00 |
| Income Adjustments | + \$0.00 | Total Countable Income | = \$2,290.00 |
| Allocation and Other Deductions | - \$0.00 | | |
| | | Household Size | 3 |
| | | Household Premium | \$0.00 |

has been approved for Medicaid beginning .

| May | | 2023 | |
|---------------------------------|----------|--------------------------|--------------|
| Unearned Income | N/A | Earned Income | \$2,290.00 |
| Unearned Income Deductions | N/A | Earned Income Deductions | - \$0.00 |
| Net Unearned Income | N/A | Net Earned Income | = \$2,290.00 |
| Combined Income Deductions | - \$0.00 | Total Net Income | \$2,290.00 |
| Income Adjustments | + \$0.00 | Total Countable Income | = \$2,290.00 |
| Allocation and Other Deductions | - \$0.00 | | |
| | | Household Size | 3 |
| | | Household Premium | \$0.00 |

Medical Assistance for will no longer be provided as of because is entitled/enrolled in Medicare.

These rules apply: 441 Iowa Admin. Code 75.13, 75.16, 75.57, 75.70, 75.71, 76.13, 76.5, 74.2(1)c, 75.1(39), 75.13(2), 75.52(5)a, 76.2(2)e;

You have the right to ask for an appeal. For information on how to appeal, see the last page of this notice or go online to www.dhs.iowa.gov.

NOTICE OF ACTION

Case Number:

Your Medical Assistance will continue until the above date while Medicaid eligibility under other coverage groups is being determined. To determine your eligibility under another coverage group **we need proof of income** (such as: Social Security; money from work; interest and dividends; veteran's benefits; inheritance; etc...) **and resources** (such as: saving and checking amounts; vehicles; life insurance; stocks and bonds; real estate; trust agreements; annuities; etc...).

The Department must receive the requested information by 04/24/2023. When the Department receives the requested information by this date, a worker will then determine if you are eligible for Medicaid under another coverage group and notify you of the results. **IF** the Department does not receive the requested information by this date, you will have to reapply for Medicaid benefits.

Provide Information to:

IOWA DEPT. OF HUMAN SERVICES
1305 E Walnut St
DES MOINES IA 50319-0106

We cannot return originals to you. Please send us only copies of your income verifications.

EXAMPLE

What is an appeal?

An appeal is asking for a hearing because you do not like a decision the Department of Human Services (DHS) makes. You have the right to file an appeal if you disagree with a decision. You do not have to pay to file an appeal. [441 Iowa Administrative Code Chapter 7].

How do I appeal?

Filing an appeal is easy. You can appeal in person, by telephone or in writing for Food Assistance, Child Care Assistance, Family Investment Program or Medicaid. You must appeal in writing for all other programs by doing one of the following:

- Complete an appeal electronically at <https://dhs.iowa.gov/node/966>, or
- Write a letter telling us why you think a decision is wrong, or
- Fill out an Appeal and Request for Hearing form. You can get this form at your county DHS office.

Send or take your appeal to the Department of Human Services, Appeals Section, 5th Floor, 1305 E Walnut Street, Des Moines, Iowa 50319-0114. If you need help filing an appeal, ask your county DHS office.

How long do I have to appeal?

For Food Assistance or Medicaid, you have 90 calendar days to file an appeal from the date of a decision. For all other programs, you must file an appeal:

- Within 30 calendar days of the date of a decision or
- Before the date a decision goes into effect

If you file an appeal more than 30 but less than 90 calendar days from the date of a decision, you must tell us why your appeal is late. If you have a good reason for filing your appeal late, we will decide if you can get a hearing. If you file an appeal 90 days after the date of a decision, we cannot give you a hearing.

Can I continue to get benefits when my appeal is pending?

You may keep your benefits until an appeal is final or through the end of your certification period if you file an appeal within 10 calendar days of the date the notice is received. A notice is considered to be received 5 calendar days after the date on the notice. For the Family Investment Program, Child Care Assistance and Medicaid, benefits can also continue if you file an appeal before the date a decision goes into effect. Any benefits you get while your appeal is being decided may have to be paid back if the Department's action is correct.

How will I know if I get a hearing?

You will get a hearing notice that tells you the date and time a telephone hearing is scheduled. You will get a letter telling you if you do not get a hearing. This letter will tell you why you did not get a hearing. It will also explain what you can do if you disagree with the decision to not give you a hearing.

Can I have someone else help me in the hearing?

You or someone else, such as a friend or relative can tell why you disagree with the Department's decision. You may also have a lawyer help you, but the Department will not pay for one. Your county DHS office can give you information about legal services. The cost of legal services will be based on your income. You may also call Iowa Legal Aid at 1 800 532 1275. If you live in Polk County, call 243 1193.

Policy Regarding Discrimination, Harassment, Affirmative Action, and Equal Employment Opportunity

It is the policy of the Iowa Department of Human Services (DHS) to provide equal treatment in employment and provision of services to applicants, employees and clients without regard to race, color, national origin, sex, sexual orientation, gender identity, religion, age, disability, political belief or veteran status.

If you feel DHS has discriminated against or harassed you, please send a letter detailing your complaint to: Iowa Department of Human Services, Hoover Building 5th Floor – Bureau of Policy Coordination, 1305 E Walnut, Des Moines, IA 50319-0114 or via email contactdhs@dhs.state.ia.us

(Food Assistance only) USDA, Office of the Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Ave SW Washington, DC 20250-9410, or call 866-632-9992. Individuals who are hearing impaired or have speech disabilities may use the Federal Relay Service at 800-877-8339.

Additional Information: Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) information can be found online at <https://dhs.iowa.gov/hipaa>.