

NOTIFICACIÓN DE SOBRE-PAGO DE MEDICAID Y BADGERCARE PLUS
MEDICAID / BADGERCARE PLUS OVERPAYMENT NOTICE

INSTRUCCIONES: Este formulario debe ser llenado por un *Economic Support (ES) worker* (Trabajador de Apoyo Económico) en la agencia del condado y enviado al recipiente.

La información personal identificable sólo será utilizada para la administración directa de *Medicaid* y *BadgerCare Plus*.

Nombre del Recipiente (Apellidos, I Nombre, Inicial II Nombre)

Dirección del Recipiente (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)

Los sobre-pagos ocurren cuando los beneficios de *Medicaid* y *BadgerCare Plus* son pagados a alguien más que no era elegible para ellos, o cuando los pagos de *Medicaid* y *BadgerCare Plus* son hechos por una cantidad incorrecta. La cantidad a recuperar quizás no excede la cantidad de los beneficios de *Medicaid* y *BadgerCare Plus* proveídos incorrectamente.

Usted recibió más beneficios de *Medicaid* y *BadgerCare Plus* de los que era elegible. La cantidad de su sobre-pago es de \$ _____ en este periodo _____ (fecha) a _____ (fecha).

Por ley usted debe devolver el sobre-pago, que es resultado del tipo de error descrito a continuación. Un Acuerdo de re-pago de *Medicaid* y *BadgerCare Plus* le será enviado, este explica como puede devolver este sobre-pago.

Razón de Sobre-pago

- Error del Recipiente
Error del Recipiente es cuando el recipiente, o cualquier otra persona responsable por dar información en nombre del recipiente, involuntariamente exponen erróneamente la información o factores. Un error del recipiente incluye:
- Información expuesta incorrectamente u omisión de factores por el recipiente, o cualquier otra persona responsable por dar información en nombre del recipiente, en una solicitud o revisión de *Medicaid* y *BadgerCare Plus*.
 - Fallo por parte del recipiente, o cualquier otra persona responsable de dar información en nombre del recipiente en reportar los cambios correspondientes entre los 10 días siguientes.
- Fraude
Fraude ocurre cuando un recipiente intencionalmente omite o provee información errónea al momento de la solicitud o revisión.

Explicación del Error:

Derecho a una Audiencia

Usted tiene el derecho a solicitar una audiencia imparcial si usted cree que la decisión de la agencia de la que usted recibió un sobre-pago de *Medicaid* y *BadgerCare Plus* es incorrecta o si usted no esta de acuerdo con la cantidad del sobre-pago. Usted recibirá una Notificación de Decisión que explica sus derechos a la audiencia y a como apelar. La notificación le explicará que puede solicitar una audiencia oralmente o por escrito, entre los 45 días siguientes a la fecha de esta notificación. Puede ser representado en una audiencia por cualquier persona que usted elija.

SIGNATURE – Income Maintenance Worker or Program Integrity Analyst	Date Signed
County Agency Name	Case Number

Mantenga una copia para el archivo del caso (*Retain a copy for the case file*).