

**AVISO DE ASIGNACIÓN DE BIENES DE MIEMBRO DE MEDICAID
MEDICAID MEMBER ASSET ALLOCATION NOTICE**

Instrucciones: Este formulario es para ser completado por el trabajador(a). Provea una copia al miembro, esposo(a) en la comunidad y ponga una copia en el archivo del caso.

Nombre de Miembro (Apellido, Nombre, Inicial)	Nombre de Esposo(a) (Apellido, Nombre, Inicial)
---	---

El miembro de *Medicaid* nombrado arriba ha sido determinado elegible para *Medicaid*.

Los bienes del esposo(a) en la comunidad es la porción del total de los bienes combinados de la pareja que le corresponde al esposo(a) en la comunidad a partir de la fecha en que el miembro de *Medicaid* entró a la institución o que inicialmente solicitó participar en un *Community Waivers Program*.

Para llegar a ser elegible para *Medicaid* el miembro de *Medicaid* y el esposo(a) en la comunidad no pueden tener juntos bienes contables que excedan \$_____ como se muestra en el aviso porción de bienes del esposo(a) en la comunidad. En el momento en que el miembro de *Medicaid* fue determinado elegible para *Medicaid* la pareja tenía \$_____ en bienes contables. El miembro de *Medicaid* debe transferir \$_____ en bienes al esposo(a) en la comunidad _____ (fecha) para poder mantener elegibilidad de *Medicaid*. El miembro de *Medicaid* no podría poseer bienes que excedan \$_____ y continuar siendo elegible para *Medicaid*.

El miembro de *Medicaid* y el esposo(a) en la comunidad tienen derecho a solicitar y recibir una audiencia imparcial con relación a:

- 1) La posesión y disponibilidad de bienes.
- 2) El cálculo de la asignación de bienes para el esposo(a) en la comunidad.
- 3) La cantidad de la porción de bienes del esposo(a) en la comunidad.

Favor de ver abajo la información adjunta sobre cuando y como solicitar una audiencia imparcial.

FIRMA – Trabajador(a)	Fecha de la Firma	
No complete la parte sombreada.		
Nombre del Caso	Número del Caso	Agencia

INFORMACION SOBRE AUDIENCIA IMPARCIAL DE MEDICAID/BADGERCARE PLUS

Si usted no está satisfecho con la decisión de *Medicaid/BadgerCare Plus* usted podría apelar la decisión por medio a la solicitud de una Audiencia Imparcial por escrito o en persona en su departamento de servicios sociales o humanos de su condado/tribu. Usted también podría escribir a:

The Department of Administration
Division of Hearings and Appeals
PO Box 7875
Madison, WI 53707-7875
(608) 266-3096

Si usted requiere ser acomodado por una discapacidad o una traducción de idioma, favor de llamar al (608) 266-3096 (voz) o 711 (TTY). Estos números de teléfonos son sólo para el proceso administrativo de la audiencia.

Usted, su representante seleccionado (si tiene uno), y el departamento de servicios social o humano de su condado/tribu recibirán un aviso por escrito por lo menos 10 días antes de la audiencia imparcial explicando la hora, fecha y lugar de la audiencia. La audiencia tomará lugar en el condado donde usted viva.

Si usted presenta una apelación para descontinuar, terminar, o reducir beneficios antes de la fecha en que tomaría efecto el cambio, su protección puede continuar pendiente a la decisión de la audiencia. Su apelación debe incluir hechos importantes sobre la situación así como también su número de ID de *Medicaid*.

Su solicitud debe de ser recibida dentro de los 45 días a partir de la fecha de la acción para la cual usted está apelando.

COMO PREPARARSE PARA UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Usted tiene el derecho de traer testigos, su propio abogado, o a cualquier otro consejero a la audiencia imparcial. La agencia no puede pagar por un abogado para que represente la versión de su historia, pero podría ayudarle a encontrar asistencia legal gratis para fines de preguntas o representación en la audiencia imparcial.

Usted tiene el derecho, ambos antes de la audiencia y durante la audiencia, de ver los materiales escritos por parte de la agencia sobre el caso, incluyendo su registro del caso, en el cual la agencia basó su decisión.

Usted o su representante tiene el derecho de interrogar a cualquier persona que testifique en su contra en la audiencia imparcial. Usted también tiene el derecho a sus propios argumentos y a traer materiales escritos que muestren por que cree usted estar en lo correcto.

Si la audiencia imparcial se trata sobre si usted está o no incapacitado o discapacitado, usted tiene el derecho de presentar evidencias médicas como pruebas, pagadas por la agencia.

Si usted no habla ingles o requiere lenguaje en señas, usted tiene derecho a tener un intérprete presente en la audiencia. La *Division of Hearings and Appeals* podría autorizar el pago por traducciones o intérpretes necesarios si usted lo pide.

CONTINUACION DE LOS BENEFICIOS

Si usted solicita una audiencia imparcial antes de la fecha en que tomaría efecto la acción tomada por la agencia, sus beneficios de *Medicaid* no serán reducidos o terminados hasta después de haberse conocido los resultados de la audiencia imparcial. Usted aún está requerido a informar cualquier cambio en sus circunstancias que pueda afectar el nivel de sus beneficios mientras esté pendiente su audiencia. Solicitar una audiencia imparcial no cancela los periodos de entrevistas normalmente programados.

EFFECTOS DE LA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si la decisión de la audiencia imparcial es a su favor:

- La agencia no tomará ninguna acción en contra suya.
- Si se han terminado sus beneficios, los mismos serán reintegrados.
- La fecha de reintegro será anotada en la copia sobre la decisión que usted reciba, ordenándole a la agencia reintegrar sus beneficios.

Si la audiencia imparcial va en su contra:

- La acción de la agencia permanecerá en pie y usted quizás tenga que rembolsar el costo de cualquier beneficio que usted haya recibido por error.

REAUDIENCIA (REHEARINGS)

Después de haber recibido la decisión de la audiencia imparcial, usted tiene derecho a solicitar una reaudiencia si se diera uno de los siguientes:

- Tiene nuevas evidencias importantes de las que usted no hubiera podido disponer antes de la audiencia, aún si hubiera tratado, que podría cambiar la decisión.
- Siente que hubo un error en los hechos de la decisión.
- Siente que hubo un error en la base legal de la decisión.

Si usted desea solicitar una reaudiencia, se deberá recibir una solicitud por escrito dentro de los 20 días a partir de la fecha en que fue tomada la decisión escrita del *Division of Hearings and Appeals*. La oficina de audiencia del estado decidirá dentro de 30 días si es justificable una re-audiencia.

COMO APELAR LA DECISION DE UNA AUDIENCIA O RE-AUDIENCIA IMPARCIAL

Si usted no está de acuerdo con la decisión de la audiencia o reaudiencia imparcial, es posible todavía apelar a la Corte del Distrito de su condado. Esto se debe hacer dentro de los 30 días después de usted haber recibido la decisión por escrito de la audiencia imparcial o dentro de los 30 días a partir de la fecha en que fue negada la solicitud para una reaudiencia. Se debe completar una apelación a la Corte del Distrito por medio a presentar una petición con el Notario Público de su condado. Lo mejor sería disponer de asistencia legal, si decide apelar una audiencia imparcial en la Corte del Distrito.