

**INFORME DE CAMBIO DE MEDICAID  
MEDICAID CHANGE REPORT**

Si sucede algun cambio, puede usar este formulario para informarlo. Usted también puede informar cambios por internet en [access.wi.gov](http://access.wi.gov) o puede comunicarse con su trabajador(a) del caso por teléfono o en persona. Si usted informa un cambio por medio a este formulario, envíe el formulario ya completado a su oficina de *Medicaid* local. Usted puede obtener la dirección de la oficina local de su condado/tribu en la casilla abajo, cuando llama al 1-800-362-3002 o en [dhfs.wisconsin.gov/medicaid1/contacts/index.htm](http://dhfs.wisconsin.gov/medicaid1/contacts/index.htm).

Usted debe informar si alguien se muda dentro o fuera de su casa, si alguien se casa, sale embarazada, o tiene un bebé, un cambio de dirección, ingreso, bienes o condición de empleo **dentro de diez días**. Si no tiene suficiente espacio en este informe para documentar un cambio, adjunte con este informe una hoja con la información adicional.

Si usted no cumple con informar cualquier cambio o si provee información falsa, podría recibir una multa, tener que reembolsar cualquier beneficio de *Medicaid* que usted reciba por error (aún si usted no usa su tarjeta), ser enjuiciado o las tres cosas. Usted talvez sea requerido proveer pruebas para cualquiera de los cambios que usted informe.

(Oficina de Medicaid)
-----------------------

La información de identificación personal será sólo usada para la administración directa del programa *Medicaid*.

Su Nombre	Número del Caso	Nombre del Trabajador(a) del Caso
-----------	-----------------	-----------------------------------

**SECCION 1 – CAMBIO DE DIRECCION**

Si usted se mudó, debe informar sobre su nueva dirección.

Fecha del Cambio	Número de Teléfono Actual
------------------	---------------------------

Dirección Nueva (calle, ciudad, estado, código postal)

**SECCION 2 – CAMBIO EN LA COMPOSICION DEL GRUPO FAMILIAR**

Usted debe informar si alguien se muda dentro o fuera de la casa, si alguien se casa, sale embarazada, o tiene un bebé (incluya información sobre la persona que dio a luz y el recién nacido.)

Nombre(s) (Apellido, Nombre, Inicial)	Fecha del Cambio	
Número de <i>Social Security</i> (SSN)*	Fecha de Nacimiento	Parentesco con la cabeza del caso

Describa el Cambio

\*Proveer o solicitar un SSN es voluntario, sin embargo cualquier persona que quiera *Medicaid* de Wisconsin pero no quiera proveer su SSN o solicitar uno no será elegible para beneficios, conforme a *Wisc. Stats. Section 49.82(2)*.

**SECCION 3 – CAMBIO EN LOS BIENES**

Usted debe informar cambios en el dinero en efectivo, cuentas de banco, bonos, acciones, u otros bienes de la familia.

Nombre del Propietario (Apellido, Nombre, Inicial)	Fecha del Cambio	
Tipo de Bienes	Describa el Cambio	Valor o Cantidad Actual \$

**SECCION 4 – CAMBIO EN LOS RECURSOS / INGRESOS**

Usted debe informar sobre cualquier ingreso o recurso que usted y/o su esposo hayan cedido o vendido por menos del valor del mercado justo. Ejemplos sobre recursos incluyen regalo de dinero en efectivo, bienes raíces, acciones o bonos, una herencia, etc.

Tipo de Bienes o Ingresos	Fecha Vendido o Cedido	Valor de Los Bienes o Ingreso \$
---------------------------	------------------------	-------------------------------------

¿Qué recibió a cambio?

**SECCION 5 – CAMBIO EN LOS VEHICULOS**

Usted debe informar si obtiene, vende o cede un carro, camión, motocicleta, bote, motor de nieve, u otro tipo de vehículo.

Nombre del Propietario (apellido, nombre, inicial)			Fecha del Cambio
Tipo de Vehículo	Marca	Modelo	Año
Describa Cambio (comprado, vendido, etc.)	Cantidad recibida \$	Valor del Mercado Justo* \$	¿Cantidad que aún debe? \$

\* Nos referimos al valor del mercado a la cantidad que usted obtendría si vendiera el vehículo en el mercado libre.

**SECCION 6 – CAMBIO EN LOS INGRESOS**

Usted debe informar sobre cambios en la cantidad de ingreso bruto, un nuevo medio de ingreso, cambios en su condición de empleado (de medio tiempo a tiempo completo o de tiempo completo a tiempo medio, pérdida de empleo), cambios en el salario o en el pago, cambios en la cantidad de *Social Security*, beneficios de Veteranos, Seguro de Desempleo, Compensación del Trabajador, o cualquier otro cambio en la cantidad de dinero que la familia reciba.

Nombre (Apellido, Nombre, Inicial)	Fecha en que cambió el ingreso
Medio de Ingreso	Cantidad Mensual \$

Frecuencia de pago     Semanal     Cada dos semanas     Dos veces al mes     Una vez al mes

**SECCION 7 – OTROS CAMBIOS**

Usted debe informar cualquier otro cambio que pueda afectar su elegibilidad de *Medicaid*. Ejemplos de otros cambios incluyen alguien que obtenga o cancele seguro médico, alguien que llegue a estar discapacitado o recuperándose de una discapacidad. Un cambio también podría ser el cambio de un gasto como por ejemplo el aumento o rebaja de sus primas de seguro médico, costos médicos o costos de albergue.

Describa cambio	Fecha del Cambio
-----------------	------------------

¿Espera usted que los cambios que informó en este formulario permanezcan igual el próximo mes?

Sí     No    Si responde No, explique.

**SECCION 8 – FIRMA**

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Entiendo que hay penalidades que se aplican por encubrir información o dar información falsa.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Entiendo que podría tener que reembolsar cualquier beneficio que yo reciba por no informar cambios de circunstancias (aún sin haber usado mi tarjeta de <i>Medicaid</i> ).
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estoy de acuerdo en proveer pruebas sobre cualquier cambio, si se me pide hacerlo.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mis respuestas en este informe son correctas y de forma completa de acuerdo con mi leal saber y entender.
<b>FIRMA – Participante</b>	Fecha de Firma      Número de Teléfono

Si este informe no provee suficiente espacio para documentar un cambio, adjunte una segunda hoja con la información adicional escrita en este informe.