

**NOTIFICACION NEGATIVA  
NEGATIVE NOTICE**

Solicitante / Destinatario Nombre (Apellido, Nombre, Inicial)	Número del Caso	Fecha
Dirección (Ciudad, Estado, Código Postal)		

**Vea la explicación de la sección de la Acción para más detalles.**

**Child Care Assistance**

- Su solicitud para *Child Care Assistance* ha sido negada.
- Su *Child Care Assistance* terminará el \_\_\_\_\_.
- Su solicitud para *Child Care Assistance* ha sido cancelada por que usted ha retirado la solicitud.
- Nosotros no hemos tomado una decisión sobre su solicitud para *Child Care Assistance* porque \_\_\_\_\_.

**FoodShare Wisconsin**

- Su solicitud para *FoodShare* ha sido negada.
- Sus beneficios mensuales de *FoodShare* reducirán de \$ \_\_\_\_\_ a \$ \_\_\_\_\_ a partir del \_\_\_\_\_.
- Sus beneficios de *FoodShare* terminarán el \_\_\_\_\_.
- \_\_\_\_\_ (participante) no recibirá más los beneficios de *FoodShare* a partir del \_\_\_\_\_.
- Su solicitud para los beneficios de *FoodShare* ha sido cancelada porque usted ha retirado la solicitud.
- Nosotros no hemos tomado una decisión sobre su solicitud para *FoodShare* porque \_\_\_\_\_.

**Medicaid/ BadgerCare**

- Su solicitud para Medicaid/BadgerCare ha sido negada porque \_\_\_\_\_.
- Sus beneficios de Medicaid/BadgerCare terminarán a partir del \_\_\_\_\_.
- Su solicitud para *Medicaid* ha sido negada por que su ingreso excede la cantidad máxima legal con \$ \_\_\_\_\_ por mes. Si usted incurre seis veces esta cantidad (\$ \_\_\_\_\_), en gastos médicos, usted podría llegar a ser elegible. Comuníquese con su trabajador (a) para más detalles.
- Su prima para *Medicaid/BadgerCare*, responsabilidad o costo compartido de paciente ha sido incrementada a \$ \_\_\_\_\_ por mes, a partir del \_\_\_\_\_ porque \_\_\_\_\_.
- Su solicitud para *Medicaid/BadgerCare* ha sido cancelada por que usted ha retirado la solicitud.
- Nosotros no hemos tomado una decisión sobre su solicitud de *Medicaid/Badger* porque \_\_\_\_\_.

**Wisconsin Works (W-2)**

- Su solicitud para  *W-2*,  *Job Access Loan* o  *Emergency Assistance* (Marque un programa solamente) ha sido negada.
- Sus beneficios de *W-2* terminarán a partir del \_\_\_\_\_ porque \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.
- Su pago del *W-2* reducirá de \$\_\_\_\_\_ a \$\_\_\_\_\_ a partir del \_\_\_\_\_.
- Su solicitud para *W-2* ha sido cancelada porque usted ha retirado la solicitud.
- Nosotros no hemos tomado una decisión sobre su solicitud para el *W-2* porque \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

**Explicación de la(s) Acción(es).** Por favor incluya ingreso y gastos usados en la determinación de elegibilidad. (Para casos de *Medicaid* incluya la citación legal apropiada para esta acción.)

---

---

Si usted no está de acuerdo con la decisión sobre sus beneficios de *Medicaid/BadgerCare*, *FoodShare* o *Child Care Assistance*, usted puede pedir una audiencia imparcial. **Para información sobre audiencias imparciales, favor de ver lo adjunto.**

Si usted no está de acuerdo con la decisión sobre el *W-2*, usted puede pedir una revisión de los hechos (*Fact Finding Review*). Debe pedir la revisión dentro de los 45 días a partir de la fecha de la notificación, o dentro de los 45 días a partir de la fecha en que fue anunciada la decisión en esta notificación, cualquiera de las dos que haya sido más tarde.

Si usted tiene preguntas, favor de comunicarse con:

Agencia de servicios sociales y humanos de su condado/tribu o la agencia del *W-2*

**SUS DERECHOS Y REPOSABILIDADES PARA LOS SERVICIOS DE WISCONSIN WORKS (W-2), CHILD CARE ASSISTANCE, MEDICAID / BADGERCARE Y FOODSHARE WISCONSIN**

Your Rights and Responsibilities for Wisconsin Works (W-2) Services, Child Care Assistance, Medicaid/BadgerCare and FoodShare Wisconsin

**USTED TIENE EL DERECHO A UNA NOTIFICACION ESCRITA de la agencia antes de que cualquier acción sea tomada de terminar o reducir sus beneficios de FoodShare o Medicaid/BadgerCare.** Para la mayoría de las acciones, una notificación le será enviada por lo menos 10 días antes que la acción sea tomada. Una notificación escrita de 10 días le será enviada antes que una acción sea tomada de terminar sus beneficios de *Child Care (Cuidado de Niño)*. (Esto no aplica a los pagos de *Wisconsin Works (W-2)*)

**USTED PUEDE SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL PARA LOS BENEFICIOS DE FOODSHARE, MEDICAID/BADGERCARE O CHILD CARE** si usted no está de acuerdo con cualquiera de las acciones de la agencia incluyendo la cantidad de sus beneficios de *FoodShare*. Usted puede solicitar una audiencia imparcial por escrito o en persona con la agencia que se enlista en el frente de esta notificación. También, usted puede solicitar una audiencia imparcial por escrito al *Department of Administration, Division of Hearings and Appeals (División de Audiencias y Apelaciones)*, PO Box 7875, Madison, WI 53707-7875 o por llamar al 1-608-266-7709. Su solicitud debe de ser recibida (1) entre los 45 días siguientes a la fecha de inicio de la acción por *Medicaid/BadgerCare* y *Child Care* y, (2) entre los 90 días siguientes a la fecha de inicio de la acción por *FoodShare Wisconsin*.

En la mayoría de los casos, si su solicitud de una Audiencia Imparcial es recibida por la *Division of Hearings and Appeals* antes de la fecha en vigencia de la acción, sus beneficios de *Medicaid/BadgerCare* y/o *FoodShare* no terminaran o serán reducidos. Los beneficios continuarán por lo menos hasta que la decisión de su apelación sea hecha. Durante este tiempo, si otro cambio no relacionado ocurre, sus beneficios de *Medicaid/BadgerCare* o *FoodShare* podrían cambiar. Si otro cambio ocurre, usted recibirá un nuevo aviso. Si usted no está satisfecho con la decisión de la audiencia imparcial, puede apelarla y solicitar una segunda audiencia imparcial. Si la decisión termina o reduce sus beneficios, quizás tenga que devolver cualquier beneficio que recibió cuando su apelación estaba pendiente. Usted podría pedir no recibir beneficios continuos.

**USTED PUEDE SOLICITAR UNA W-2 FACT FINDING REVIEW W-2( REVISION DE LOS FACTORES QUE INFLUYERON EN LA TOMA DE LA DECISION)** si usted no está de acuerdo con la decisión de *W-2*. Esta solicitud debe de ser hecha separada de cualquier solicitud de audiencia imparcial de los beneficios de *Medicaid/BadgerCare*, *FoodShare* o *Child Care*. Usted debe solicitar la *Fact Finding Review* dentro de los 45 días a partir de la fecha en que usted fue informado de la decisión o, a partir de los 45 días de la fecha en vigencia de la decisión, cualquiera de las dos que sea más tarde. Usted puede solicitar una *Fact Finding Review* al llamar o escribir a su trabajador de la agencia *W-2*. Un especialista (*Fact Finder*) de *W-2* revisará su caso. El especialista de *W-2* revisará los asuntos de servicios como posiciones de empleo o asistencia de emergencia. Dependiendo de la situación, los servicios *W-2* tal vez no continúen pendiente la decisión de los factores que influyeron para tomar la decisión. Si usted o su representante falla a comparecer con la *Fact Finding* sin causa justificada, su solicitud será considerada abandonada y será descartada.

**USTED PUEDE REPRESENTARSE ASIMISMO O SER REPRESENTADO** en la audiencia, conferencia o *Fact Finding* por un abogado, amigo o cualquier otra persona que usted escoja. Nosotros no podemos pagar por su abogado. Sin embargo, servicios legales pueden estar disponibles para usted si califica. Si usted no se presenta, o su representante no se presenta en la audiencia o *Fact Finding* sin causa justificada, su apelación se considerara abandonada y será descartada.

**SI USTED ESTA RECIBIENDO BENEFICIOS DE W-2 O DE FOODSHARE**, debe completar todas las actividades asignadas, incluyendo los requisitos de *Learnfare*, para recibir beneficios o pago completo. Cualquier hora perdida sin causa justificada puede resultar en una reducción en el pago o beneficios.

**SI USTED ESTA RECIBIENDO BENEFICIOS DE W-2, MEDICAID/BADGERCARE, CHILD CARE O FOODSHARE**, debe cooperar con la Agencia de Sustento de Menores (*Child Support Agency*) a menos que usted tenga una razón de causa justificada. Su trabajador le puede proveer con más información acerca de la cooperación de sustento de menores. Aunque usted no será elegible para programas tales como *W-2*, *Medicaid/BadgerCare*, *Child Care* o *FoodShare Wisconsin*, hay ayuda disponible para obtener o incrementar sus pagos de sustento de menores. Comuníquese con la Agencia de Sustento de Menores de su condado para más información.

**REVISION COMPUTARIZADA:** Si usted trabaja, los salarios que usted reporte son revisados por la computadora con los salarios que su empleador reporta al *Department of Workforce Development, Internal Revenue Service, Social Security Administration, Unemployment Insurance Division* y el *Department of Transportation* pueden también ser contactados para obtener información acerca de ingresos y activos que usted pueda tener.

**SI USTED RECIBE MEDICAID/BADGERCARE**, presente su tarjeta *Forward* a sus proveedores de *Medicaid/BadgerCare* tales como, médicos, hospitales, farmacéutico, dentista, etc. Presente su tarjeta *Forward* cada vez que usted visite un proveedor. Para algunos servicios, usted talvez tenga que pagar un co-pago a su proveedor. La cantidad depende en cuanto cueste el servicio. Su proveedor debe de decirle si un co-pago es requerido o si un servicio específico no es cubierto por *Medicaid/BadgerCare*. Su trabajador responderá cualquier pregunta que usted pueda tener acerca de los programas de *Medicaid/BadgerCare*.

**SI USTED RECIBE BENEFICIOS O SERVICIOS**, usted debe de seguir estas reglas:

- . • NO de información falsa o esconda información para obtener o continuar obteniendo beneficios.
- . • NO intercambie o venda sus beneficios de *FoodShare* o tarjetas *Forward*.
- . • NO altere tarjetas para obtener beneficios que usted no está autorizado a recibir.
- . • NO use sus beneficios de *FoodShare* para comprar artículos no permitidos, como alcohol o tabaco.
- . • NO use los beneficios o la tarjeta *Forward* de otra persona.

Cualquier miembro de su grupo familiar que intencionalmente rompa cualquier regla de *FoodShare Wisconsin* puede ser impedido de recibir beneficios de *FoodShare Wisconsin* por 12 meses después de la primera violación, 24 meses después de la segunda violación y permanentemente después de la tercera violación. El individuo también puede recibir una multa de hasta \$250,000, encarcelamiento por hasta 20 años o ambos. Una corte puede también impedirle que reciba beneficios de *FoodShare Wisconsin* por 18 meses adicionales. La persona también puede ser sujeta a juicio futuro bajo las leyes que aplican.

Cualquier miembro de su grupo familiar que intencionalmente rompa cualquier regla del programa con el propósito de obtener o seguir obteniendo su elegibilidad para *W-2* o para incrementar la cantidad de los pagos de *W-2* a la familia, puede causar una reducción o terminación de los servicios de *W-2*. Después que tres (3) violaciones intencionales al programa ocurran, el individuo y el grupo familiar completo de *W-2* pueden ser completamente excluidos del programa *W-2*. Las mismas reglas aplican para el programa de *Child Care*.