

**NOTIFICACION POSITIVA  
POSITIVE NOTICE**

Nombre del Caso	Número de Caso	Fecha
-----------------	----------------	-------

Dirección (Ciudad, Estado, Código Postal)

**Child Care Assistance**

- Su solicitud de *Child Care Assistance* ha sido aprobada y será puesta en efecto a partir del \_\_\_\_\_. Comuníquese con su trabajador para obtener una autorización de cuidado de niños. Usted debe de tener una autorización para que se le pueda pagar el cuidado de niños a su proveedor.

**FoodShare Wisconsin**

- Su solicitud para beneficios de *FoodShare* ha sido aprobada para el período certificado empezando \_\_\_\_\_ y terminando \_\_\_\_\_. Pronto, usted recibirá beneficios de *FoodShare* en la cantidad de \$\_\_\_\_\_ por el mes(es) de \_\_\_\_\_. Después de esto, usted recibirá \$\_\_\_\_\_ en beneficios de *FoodShare* cada mes. Para continuar recibiendo los beneficios de *FoodShare*, una revisión es necesaria al final del período de certificación.

Si usted nunca ha tenido una tarjeta de Wisconsin *QUEST*, le será enviada una. Si ya no tiene su tarjeta *QUEST*, llame al Servicio al Cliente de *QUEST*.

- Sus beneficios de *FoodShare* han sido incrementados a \$\_\_\_\_\_ a partir del \_\_\_\_\_ porque \_\_\_\_\_.

**Medicaid / BadgerCare**

- Su solicitud para *Medicaid / BadgerCare* ha sido aprobada para el período empezando \_\_\_\_\_ y terminando \_\_\_\_\_.

- Medicaid / BadgerCare* ha sido aprobado para las siguientes personas: \_\_\_\_\_.

- Su tarjeta de identificación "*Forward*" de *Medicaid / BadgerCare* le será enviada el o cerca del \_\_\_\_\_. Puede esperar el envío de su tarjeta en uno a tres días después de esta fecha.

- Su prima o cantidad responsable ha reducido a \$\_\_\_\_\_ por mes, a partir del \_\_\_\_\_ porque \_\_\_\_\_.

- La cantidad de su prima de *BadgerCare* es \$\_\_\_\_\_.

- La cantidad de su costo compartido de los *community waivers* de responsabilidad del hogar de ancianos es \$\_\_\_\_\_.

**OVER**

**Wisconsin Works (W-2)**

- Su solicitud para  *W-2*,  *Job Access Loan* o  *Emergency Assistance* (Marque un programa solamente) ha sido aprobada a partir del \_\_\_\_\_. Su primer pago será de \$\_\_\_\_\_ para el mes(es) de \_\_\_\_\_. Después de esto, usted recibirá \$\_\_\_\_\_ cada mes. Su primer pago será enviado más o menos el \_\_\_\_\_ y puede esperar recibirlo dentro de uno a tres días a partir de esta fecha.
- Su pago del *W-2* será incrementado a \$\_\_\_\_\_ por mes, a partir del \_\_\_\_\_ 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 tomada sobre sus beneficios de *Medicaid/BadgerCare*, *FoodShare*, o *Child Care Assistance*, puede solicitar una audiencia imparcial. **Por favor vea la información adjunta acerca de audiencias imparciales.**

Si usted no está de acuerdo con la decisión de *W-2*, puede solicitar una revisión de los hechos (*Fact Finding Review*). Usted debe solicitar la revisión entre los 45 días a partir de la fecha de esta notificación, o dentro de los 45 días a partir de la fecha en efecto de la decisión anunciada en esta notificación, cualquiera que sea más tarde.

Si usted tiene preguntas, favor de comunicarse con:

Agencia de servicio social o humano del condado/tribu o agencia de *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 esta 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*.