**DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES STATE OF WISCONSIN**

Division of Medicaid Services

F-00233S (08/2019)

|  |  |
| --- | --- |
| <Member Name><Member Address><Member Address> | <Agency Name><Agency Address><Agency Address><Agency Telephone><Agency Fax>      |

Fecha de Envío: <Date Mailed>

|  |  |
| --- | --- |
|  | DHS es una agencia que ofrece igualdad en las oportunidades de empleo y servicios. Si necesita un intérprete o esta información en su propio idioma o si necesita ayuda para participar en nuestros programas debido a una discapacidad o necesita este material in un formato alterno, llame al 1-800-362-3002. Estos servicios son gratis. |

Estimado <Member Name>:

Usted pidió que se completara su renovación de

[ ]  *BadgerCare Plus for Families* (*Standard or Benchmark Plans*) (BC+)

[ ]  *Family Planning Waiver* (FPW)

[ ]  *Medicaid for Elderly, Blind, or Disabled* (EBD)

[ ]  *Caretaker Supplement* (CTS)

por correo. Antes de nosotros poder procesar su renovación, necesitamos saber si algo ha cambiado o si hay información nueva sobre su familia. Adjunto a esta carta está:

* El Resumen de su Solicitud que le dice que información tenemos sobre su usted y su familia y
* La Página de la Firma

Complete los pasos a continuación para la renovación por correo a más tardar el <Renewal Due Date>.

1. Revise la información en el Resumen de Solicitud.
2. Si hay algún cambió en el Resumen, tache con una raya la información vieja y escriba con letra de molde en el Resumen la información nueva. Incluya la fecha en que ocurrió el cambio.
3. Es importante para nosotros tener información sobre cualquier persona que se haya mudado dentro o fuera de su casa. Si alguien se ha mudado dentro o fuera, díganos quien es en el Resumen o al dorso de la página de la Firma.
4. También necesitamos la información correcta sobre el ingreso de todos los que viven en el hogar. Asegúrese de verificar bien de cerca esta información. Si alguien en su casa tiene un ingreso que no está en el Resumen, díganos esta información. Escriba la información sobre el empleador y el ingreso en el Resumen o al dorso de la página de la Firma. Por favor incluya recibos de pago u otra prueba de ingreso de trabajo.
5. Si su renovación es para el *Caretaker Supplement* o *Medicaid* *for the Elderly, Blind or Disabled*, también necesitamos información sobre sus activos. Si alguien en su casa tiene activos que no están en el Resumen, díganos esta información en el Resumen o al dorso de la página de la Firma.
6. En la página de la Firma, díganos si hubieron cambios en el Resumen o no marcando una de las casillas.
7. Firme la página de la Firma.
8. Devuelva la página de la Firma (y el Resumen si hizo algún cambió en éste) a la dirección en su carta.

Es posible que necesitemos contactarle para más información. También, si necesitamos que nos envíe prueba sobre cualquier información que usted nos haya dado, recibirá una carta diciéndole lo que necesitamos.