|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Solicitud de Prórroga para el Programa de Conserjería sobre Salud y Empleo** **(Health and Employment Counseling Extension Request)** | | | |
| Si está inscrito en el programa de Health and Employment Counseling (Conserjería sobre salud y empleo, HEC) y necesita más de nueve meses para realizar una actividad laboral que cumpla con el requisito de trabajo del Medicaid Purchase Plan (Plan de Compra de Medicaid, MAPP), puede solicitar una prórroga del programa de HEC de tres meses. | | | |
| ¿Qué hace una prórroga? | | | |
| Una prórroga añadirá tres meses más a su período actual de inscripción, para un total de doce meses en el programa de HEC. No se considerarán solicitudes de prórroga de más de tres meses. | | | |
| ¿Cuándo debo solicitar una prórroga? | | | |
| Deberá solicitar una prórroga si está a punto de finalizar su inscripción en el HEC pero aún no tiene un empleo, un trabajo por cuenta propia o un trabajo en especie (trabajo a cambio de bienes o servicios) que cumpla el requisito laboral del Medicaid Purchase Plan (Plan de compra de Medicaid, MAPP).  Para evitar interrupciones en la cobertura del MAPP, debe solicitar una prórroga antes de que finalice el séptimo mes de inscripción. Por ejemplo, si su fecha de inicio en HEC fue el 1 de enero, debe solicitar una prórroga de tres meses antes de finales de julio. **Para que se apruebe una prórroga, debe solicitarla antes de la fecha de finalización de inscripción en HEC que aparece en su carta de aprobación de HEC.** | | | |
| **Cómo presentar este formulario** | | | |
| Envíe su formulario completo y firmado de una de las siguientes maneras: | | | |
| **Smart Phone with solid fill** | **Aplicación móvil** | **Envelope with solid fill** | **Correo** | |
| Tome una foto de todas las páginas del formulario  y envíelas con la aplicación móvil MyACCESS. | | * Si vive en el **condado de Milwaukee**:   MDPU  6055 N. 64th St.  Milwaukee, WI 53218   * Si **no** vive en el condado de Milwaukee:   CDPU  PO Box 5234  Janesville, WI 53547 | |
| **Laptop with solid fill** | **En línea** |
| Suba todas las páginas escaneadas del formulario a  la página de ACCESS. Puede hacer mediante su cuenta  en ACCESS, a la cual puede acceder en [access.wi.gov](https://access.wisconsin.gov/). | |
| **Printer with solid fill** | **Fax** | **User with solid fill** | **En persona** | |
| * Si vive en el **condado de Milwaukee**, envíe el formulario por fax al 888-409-1979. * Si **no** vive en el condado de Milwaukee, envíe el formulario por fax al 855-293-1822. | | Lleve el formulario a su agencia. Encuentre la información de contacto de su agencia en [dhs.wi.gov/im-agency](https://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm). | |
| Una vez que se reciba su formulario completo, el coordinador de HEC le enviará una carta de aprobación o denegación. Esta carta también se enviará a su agencia local para que se actualice su período de inscripción en HEC, si es necesario. | | | |

|  |
| --- |
| INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (en letra imprenta) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fecha de solicitud (MM/DD/AA) | Número de caso | |
|  |  | |
| Nombre del solicitante (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | | Número de teléfono |
|  | |  |
| Dirección postal | | |
|  | | |
| Ciudad | Estado | Código postal |
|  |  |  |
| Razón para la solicitud de prórroga de tres meses | | |
|  | | |