

**WISCONSIN DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**

Division of Medicaid Services

F-01567S (12/2018)

Wis. State. § 49.89(3)

**LEGAL****POLIZA DE SEGURO DE CUIDADO A LARGO PLAZO – ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS  
LONG-TERM CARE INSURANCE POLICY – ASSIGNMENT OF BENEFITS**

**Uso del formulario:** La cumplimentación de este formulario es voluntaria, pero no llenar este formulario y enviarlo a su proveedor de seguro de cuidado a largo a plazo y una copia al Third-Party Liability (TPL) Unit en el Department of Health Services (DHS) podría resultar en la denegación de su solicitud para Medicaid o el fin de su Medicaid actual.

Proporcionar su número de seguro social es voluntario y sólo se utilizará para la administración directa del programa Medicaid. Según Wis. Stat. § 49.89(3), una persona que solicite Medicaid tiene que asignar beneficios de seguros a la agencia de Medicaid del estado. Este formulario sirve como una solicitud a su compañía de seguros de cuidado a largo plazo para asignar pagos de seguros actuales o futuros al estado de Wisconsin.

**Instrucciones para el solicitante/miembro:** Envíe este formulario a su compañía de seguros de cuidado a largo plazo y envíe una copia a:

State of Wisconsin DHS

TPL Unit

PO Box 6220

Madison, WI 53784.

**Nota:** Si usted recibe pagos de seguro de cuidado a largo plazo, debe escribir en la parte posterior del cheque de seguro "Pagar a la orden del estado de Wisconsin" y firmar la parte posterior del cheque. Envíe el cheque y la explicación de los beneficios correspondiente (EOB en inglés) por correo al: State of Wisconsin DHS, TPL Unit, PO Box 6220, Madison, WI 53784 hasta que los beneficios sean asignados al estado de Wisconsin.

Nombre – Asegurado de la póliza de cuidado a largo plazo (Apellido, Nombre e Inicial)		Número de Seguro Social	
Nombre – Titular de la póliza de cuidado a largo plazo (Apellido, Nombre e Inicial)		Número de póliza	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre – Compañía de seguros de cuidado a largo plazo		Número de teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

**Por la presente asigno los susodichos beneficios al estado de Wisconsin.**

Yo, \_\_\_\_\_, he solicitado para recibir Medicaid del estado y pido que todos los pagos actuales o futuros para la póliza de seguro de cuidado a largo plazo mencionados anteriormente se hagan a nombre del estado de Wisconsin. Los pagos se tienen que enviar al:

STATE OF WISCONSIN DHS

TPL UNIT

PO BOX 6220

MADISON WI 53784

<b>FIRMA</b> – Dueño de la póliza de seguro de cuidado a largo plazo	Fecha de la firma
<b>FIRMA</b> – Agente con poder notarial para el dueño de la póliza (si aplica)	Fecha de la firma