

**INSCRIPCIÓN A HOME AND COMMUNITY-BASED WAIVER (EXENCIÓN DE SERVICIOS BASADOS EN EL HOGAR Y LA COMUNIDAD) DE MEDICAID PARA EL CHILDREN'S LONG-TERM SUPPORT WAIVER PROGRAM (PROGRAMA DE EXENCIÓN DE APOYO A LARGO PLAZO PARA NIÑOS)
(HOME AND COMMUNITY-BASED WAIVER MEDICAID ENROLLMENT FOR THE CHILDREN'S LONG-TERM SUPPORT WAIVER PROGRAM)**

Las agencias de exención del condado deben utilizar este formulario para brindar información para que las agencias de mantenimiento de ingresos puedan procesar las solicitudes de Home and Community-Based Waiver (Exención de servicios basados en el hogar y la comunidad; HCBW) de Medicaid y las renovaciones del Children's Long-Term Support (CLTS) Waiver Program (Programa de exención de apoyo a largo plazo para niños). La información que figura en este formulario solo se utilizará para determinar y redeterminar la elegibilidad y establecer un caso en CARES. Los Social Security numbers (números de Seguro Social) solo se utilizarán para la administración directa del programa de Medicaid.

INSTRUCCIONES

Agencias de exención del condado: complete este formulario. Siga las instrucciones que figuran abajo para enviar el formulario completo y los siguientes documentos a mantenimiento de ingresos:

- La [solicitud de registro a Wisconsin Medicaid, BadgerCare Plus y Family Planning Only Services, F-10129](#), completa (solo para solicitudes iniciales)
- La [ficha de elegibilidad y costos compartidos de la Medicaid Waiver \(Exención de Medicaid\), F-20919](#), completa
- Una verificación de los ingresos del solicitante o participante, si los hubiera, incluyendo los pagos de manutención infantil recibidos en nombre del menor

Instrucciones para el envío

Si el solicitante o participante vive en el **condado de Milwaukee**, tiene dos opciones:

- Envíe el formulario por fax al 1-888-409-1979.
- Envíe el formulario por correo a:
MDPU
6055 N. 64th St.
Milwaukee, WI 53218

Si el solicitante o participante vive en **otro condado**, tiene dos opciones:

- Envíe el formulario por fax al 1-855-293-1822.
- Envíe el formulario por correo a:
CDPU
P.O. Box 5234
Janesville, WI 53547

Agencias de mantenimiento de ingresos: asegúrese de ingresar la fecha en que se estableció la elegibilidad funcional como la fecha de inicio del programa en la página de Community Waivers (Exenciones comunitarias) del solicitante o participante en la Página del trabajador de CARES.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE, LA MADRE O EL TUTOR

Nombre del padre, la madre o el tutor (apellido, nombre e inicial del segundo nombre)		Fecha de nacimiento	
Social Security Number (número de Seguro Social) (opcional)	Relación con el solicitante o participante	Número de teléfono	
Dirección particular			
Ciudad		Estado	Código postal
Dirección de correo (si es diferente al domicilio)			
Ciudad		Estado	Código postal

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE O PARTICIPANTE

Parte A: información personal

Nombre del solicitante o participante del programa CLTS Waiver (Exención de apoyo a largo plazo para niños) (apellido, nombre e inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento
---	---------------------

Número de caso de CARES o número de identificación de Medicaid (si se conoce)	Social Security Number (Número de Seguro Social)	Condado de residencia
---	--	-----------------------

Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Raza o etnia (opcional)
--	-------------------------

¿El solicitante o participante es miembro de una tribu indígena estadounidense, o hijo o nieto de un miembro de una tribu indígena estadounidense?
 Sí No

¿El solicitante o participante es nativo de Alaska, o hijo o nieto de un nativo de Alaska?
 Sí No

¿El solicitante o participante es elegible para recibir servicios de los Servicios de Salud para Indígenas, una clínica tribal o un programa de salud para indígenas urbanos?
 Sí No

¿El solicitante o participante ha recibido servicios de los Servicios de Salud para Indígenas, una clínica tribal o un programa de salud para indígenas urbanos?
 Sí No

Parte B: información sobre la inscripción o elegibilidad

Elija una opción para HCBW Medicaid: <input type="checkbox"/> Solicitud inicial <input type="checkbox"/> Renovación	Fecha de establecimiento de la elegibilidad funcional
--	---

¿El solicitante o participante tiene costos compartidos tal como se indica en la sección IV de la ficha de elegibilidad y costos compartidos de la Medicaid Waiver (Exención de Medicaid), F-20919?
 Sí No

Parte C: información sobre el seguro privado (si corresponde)

Nombre del titular de la póliza (apellido, nombre e inicial del segundo nombre)

Nombre de la compañía de seguros	Número de teléfono de la compañía de seguros
----------------------------------	--

Número de póliza	Nombre del grupo	Número de grupo
------------------	------------------	-----------------

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN SOBRE LA AGENCIA DE COUNTY WAIVER (EXENCIÓN DEL CONDADO)

Nombre de la agencia de County Waiver (exención del condado)

Nombre del coordinador de servicios y apoyos (apellido, nombre e inicial del segundo nombre)

Dirección de correo electrónico del coordinador de servicios y apoyos	Número de teléfono del coordinador de servicios y apoyos
---	--

Fecha de envío de la solicitud a la agencia de mantenimiento de ingresos