

WISCONSIN MEDICAID PARA PERSONAS MAYORES, CIEGAS O DISCAPACITADAS PAQUETE DE SOLICITUD

CÓMO HACER LA SOLICITUD

Esta es una solicitud de beneficios de atención médica para personas de 65 años o más, ciegas o con una discapacidad.

Para solicitar los beneficios de atención médica, complete esta solicitud y envíela a la dirección que aparece a continuación, o complete una solicitud en línea en access.wi.gov. Siga leyendo para obtener más información sobre cómo hacer la solicitud en línea.

Envíe las solicitudes, los documentos de respaldo o las verificaciones por correo o por fax a:

Si vive en el condado de Milwaukee:

MDPU
6055 N 64th St.
Milwaukee, WI 53218
Fax: 888-409-1979

Si **no** vive en el condado de Milwaukee

CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547-5234
Fax: 855-293-1822

También puede cargar los documentos de respaldo en línea en access.wi.gov.

Necesitará proporcionar documentación que respalte algunas de sus respuestas. Para obtener más información sobre lo que tendrá que proporcionar, consulte la sección “Documentación de respaldo/Verificación” que comienza en la página 5.

Si tiene preguntas sobre Medicaid, necesita ayuda para completar esta solicitud o desea responder a las preguntas en persona o por teléfono, comuníquese con su agencia para programar una cita. Si necesita la dirección o número de teléfono de su agencia, consulte la página 7. La información también se encuentra disponible en dhs.wi.gov/im-agency.

Si tiene una discapacidad y necesita esta información en un formato alternativo o necesita que se traduzca a otro idioma, comuníquese con su agencia. Estos servicios son gratuitos.

HAGA LA SOLICITUD EN LÍNEA

ACCESS es una herramienta en línea que le permite solicitar beneficios, verificar el estado de sus beneficios, informar cambios o completar su renovación anual. Para acceder a ACCESS, diríjase a access.wi.gov. La solicitud en línea es igual a la solicitud en papel.

CARTAS DISPONIBLES A TRAVÉS DE LA PÁGINA WEB DE ACCESS

Los miembros pueden recibir cartas e información sobre sus beneficios en línea en lugar de recibirlas por correo regular. Para elegir esta opción, debe comunicarse con su agencia o iniciar sesión en su cuenta de ACCESS en access.wi.gov. Si no tiene una cuenta de ACCESS, debe crear una para ver sus cartas en línea.

CÓMO USAR ESTE FORMULARIO

1. Lea la sección “Información importante” y todas las instrucciones antes de completar la solicitud.
2. Escriba con letra clara. Use tinta azul o negra.
3. Escriba las fechas en el formato mm/dd/aaaa. (Por ejemplo: 2 de abril de 1958 sería 04/02/1958).
4. Ingrese su información o la de su cónyuge.
5. Complete la solicitud en su totalidad. Podría haber un retraso en los beneficios de Medicaid si la solicitud no está completa. (Utilice la lista de verificación de la página 24 para asegurarse de que la solicitud está completa). Si no lo está, la agencia se comunicará con usted para obtener más información.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

La siguiente es información importante relacionada con Medicaid para personas mayores, ciegas o que tienen una discapacidad.

Tutor legal, custodio o con poder notarial

Si usted tiene un tutor legal de patrimonio, un tutor legal de persona y de patrimonio, un custodio, o un apoderado con poder notarial durable vigente para la administración de las finanzas, esa persona puede completar y enviar este formulario en su nombre. Esa persona también tendría que presentar documentos sobre su nombramiento junto con este formulario.

Cuando envíe esta solicitud, adjunte los documentos legales que autorizan al tutor legal, custodio o persona con poder notarial durable para la administración de las finanzas que esté designado para el solicitante.

El tutor legal de persona puede actuar en su nombre en relación con la elegibilidad y los beneficios de Medicaid solo si este poder está reconocido en los documentos judiciales que lo designan.

La persona con poder notarial sobre la atención médica no está habilitada para actuar en su nombre en relación con la elegibilidad y los beneficios de Medicaid.

Representante autorizado

Un representante autorizado puede hacer la solicitud en su nombre. Para designar a un representante autorizado, complete el formulario [Designar, cambiar o revocar a un representante autorizado: formulario para personas, F-10126A](#), o [Designar, cambiar o revocar a un representante autorizado: formulario para organizaciones, F-10126B](#), que se encuentra en este paquete de solicitud. Esto permite que su representante autorizado complete y firme la solicitud por usted. También puede obtener este formulario llamando al 800-362-3002 o en el sitio web dhs.wi.gov/forwardhealth/representative-types.htm.

Fecha de solicitud

Su fecha de solicitud es la fecha en la que la oficina de Medicaid recibe su solicitud firmada. Se enviará por correo una decisión sobre Medicaid dentro de los 30 días posteriores a su fecha de solicitud. Se devolverán los formularios que no estén firmados. Es importante presentar la solicitud lo antes posible, ya que, si usted cumple con todas las normas del programa, la fecha de inicio de sus beneficios dependerá de su fecha de solicitud.

Ayuda para pagar los gastos médicos

Si el seguro no ha pagado sus gastos médicos de los últimos tres meses, puede solicitar la cobertura de atención médica para pagar esos gastos. Si quiere obtener ayuda para pagar la atención médica de alguno de los tres meses anteriores, complete la página “Solicitud de ayuda para pagar gastos médicos” que se encuentra en este paquete de solicitud.

Información de identificación personal/Social Security Number (Número de seguro social)

La información de identificación personal y el Social Security Number (Número de seguro social) se usan únicamente para la administración directa del programa Medicaid.

Si alguien de su grupo familiar no solicita Medicaid, no necesita proporcionar la información del Social Security Number (Número de Seguro Social, SSN) de esa persona. Toda persona que solicite Wisconsin Medicaid, pero no proporcione su SSN ni solicite uno, no será elegible para obtener los beneficios, en concordancia con el artículo 49.82(2) del Estatuto de Wisconsin.

WISCONSIN MEDICAID FOR THE ELDERLY, BLIND, OR DISABLED APPLICATION PACKET

F-10101S

Página 3 de 25

Si solicita solo servicios de emergencia debido a su estatus migratorio o si es una mujer embarazada solicitando BadgerCare Plus Prenatal Services (servicios prenatales BadgerCare Plus), no necesita proporcionar información sobre su SSN.

Su SSN permite una verificación por computadora de su información con agencias gubernamentales como Internal Revenue Service (Servicio de Impuestos Internos, IRS), Social Security Administration (Administración del Seguro Social), Department of Revenue (Departamento de Hacienda) y Department of Workforce Development (Departamento de Desarrollo Laboral). Además, el Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud) cotejará su nombre y SSN con la información que proporcionaron las compañías de seguros médicos para determinar si tiene otro seguro de salud.

No se compartirá su SSN con el United States Citizenship and Immigration Services (Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos) (USCIS).

Renovaciones

Si puede obtener Medicaid, necesitará completar una renovación al menos una vez cada 12 meses para comprobar si aún cumple con las normas del programa para estar inscripto en Medicaid.

Recuperación de patrimonio

Si está inscrito en Medicaid, la ley del estado de Wisconsin, con contadas excepciones, exige la recuperación de ciertos beneficios de Medicaid de su patrimonio. El [Manual del Estate Recovery Program \(programa de Recuperación de Patrimonio\), P-13032](#), brinda información sobre la recuperación de patrimonio. Puede obtener una copia del folleto en línea (dhs.wi.gov/library/collection/P-13032), en su agencia local o comunicándose con Servicios para miembros al 800-362-3002. Algunos beneficios que obtiene en la comunidad después de cumplir 55 años y todos los beneficios de Medicaid que obtiene mientras reside en un hogar de ancianos o mientras es paciente hospitalizado por 30 días o más, son recuperables. Además, si reside en un hogar de ancianos o se encuentra institucionalizado en un hospital, y no se espera que regrese a vivir a su hogar, se puede imponer un derecho de retención sobre su vivienda. No se impondrá un derecho de retención sobre su vivienda si usted, su cónyuge o determinados miembros de su familia residen en ella.

Derechos y responsabilidades

Derechos

Las leyes federales y estatales garantizan los derechos de los miembros, entre los que se incluyen los siguientes:

- El derecho a ser tratado con respeto por los empleados del estado y del condado.
- El derecho a la confidencialidad de toda la información proporcionada a las agencias para determinar su elegibilidad. (Esto no prohíbe el uso de tales registros para la administración del programa.)
- El derecho a tener acceso a los registros y a los archivos de la agencia relacionados con su caso, excepto la información que obtuvo la agencia bajo promesa de confidencialidad.
- El derecho a permanecer elegible para recibir los beneficios de Medicaid incluso si se encuentra temporalmente fuera del estado, mientras siga siendo residente de Wisconsin.
- El derecho a una rápida determinación de la condición de elegibilidad y previo aviso de los cambios propuestos a tal condición.
- El derecho a recibir atención médica de emergencia.

- El derecho a obtener adaptaciones razonables para participar en el programa por un motivo relacionado con una discapacidad, o el derecho a pedir intérpretes o traductores para participar en el programa.
- El derecho a apelar cualquier acción tomada en relación con su solicitud de Medicaid o con los beneficios en curso con la que no esté de acuerdo solicitando una audiencia imparcial.

Audiencia imparcial

Puede apelar ante la Division of Hearings and Appeals (División de Audiencias y Apelaciones) o a su agencia en estos casos:

- Su solicitud de Medicaid fue rechazada por error.
- Su solicitud no fue procesada dentro de los 30 días a partir de la fecha en que la recibió la agencia.
- No está de acuerdo con la decisión de la agencia de interrumpir, finalizar, suspender o reducir su beneficio.
- Su solicitud de autorización previa para un servicio médico fue rechazada.

Puede solicitar una audiencia imparcial escribiendo a:

Wisconsin Department of Administration
Division of Hearings and Appeals
PO Box 7875
Madison, WI 53707-7875

El formulario de Solicitud de audiencia imparcial se puede encontrar en
dhs.wi.gov/forwardhealth/resources.htm.

Si decide escribir una carta en lugar de usar el formulario, usted debe incluir los siguientes datos:

- Su nombre.
- Su dirección de correo postal.
- Una descripción breve del problema.
- El nombre de la agencia.
- Su número de caso CARES.
- Su firma.

La apelación se debe presentar a más tardar 45 días después de la fecha de la medida.

También puede comunicarse con la agencia en donde hizo la solicitud para pedir ayuda para presentar un pedido de audiencia imparcial.

Consulte el [Manual de inscripción y beneficios de ForwardHealth, P-00079](#), para obtener más información sobre el proceso de audiencia imparcial. Recibirá un manual cuando la agencia reciba su solicitud o puede encontrarlo en dhs.wi.gov/library/collection/P-00079.

Si tiene preguntas sobre el proceso de audiencia imparcial, puede llamar a la Division of Hearings and Appeals (División de Audiencias y Apelaciones) al 608-266-7709.

Responsabilidades

Informe de cambios

Informe lo siguiente a la agencia **dentro de los 10 días de producido:**

- Todo cambio en los ingresos de cualquiera de los miembros de su grupo familiar.
- Cualquier otro cambio en la información que haya proporcionado en su solicitud y que sea requisito informar mediante el formulario de Informe de cambio de Medicaid, F-10137, que se encuentra en este paquete de solicitud.

Puede informar los cambios en línea en access.wi.gov, llamando a su agencia o puede usar el [formulario de Informe de cambio de Medicaid, F-10137](#), que se encuentra en este paquete de solicitud. **No envíe este formulario con su solicitud; guárdelo para usarlo en el futuro.**

Verificación/documentación de respaldo

Deberá presentar verificación/documentación de respaldo de cierta información, por ejemplo, lo siguiente:

Ciudadanía/Identidad

La ley federal exige que todos los ciudadanos estadounidenses que soliciten o reciban beneficios de Medicaid muestren documentación de respaldo para demostrar su ciudadanía estadounidense y su identidad, a menos que estén exentos. Entre las personas exentas se encuentran los beneficiarios del Social Security Disability Insurance (Seguro por Discapacidad del Seguro Social, SSDI), del Supplemental Security Income (Seguridad de Ingreso Suplementario, SSI), de Medicare, que estén bajo el régimen de Foster Care (cuidado de crianza)

y de Adoption Assistance (asistencia por adopción). Si solicita beneficios, tendrá al menos 95 días, desde la fecha de su solicitud, para proporcionar esta documentación a la agencia. Si ha proporcionado esta información previamente, es posible que ya se encuentre en el archivo; su agencia le informará si se necesita más documentación.

También verificamos con el U.S. Department of Homeland Security (Departamento de Seguridad Nacional de los EE. UU.) el estado de inmigración de todos los inmigrantes que soliciten beneficios para sí mismos. No se verificará el estado de inmigración con el United States Citizenship and Immigration Services (Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos, USCIS) de las personas de su grupo familiar que no soliciten asistencia. Si alguien de su grupo familiar no está solicitando Medicaid, no necesita responder esta pregunta sobre esa persona.

Nota: Los inmigrantes indocumentados solo son elegibles para recibir cobertura de cuidados de salud de emergencia si de otra forma hubieran sido elegidos para recibir Medicaid. Las inmigrantes embarazadas pueden inscribirse para obtener BadgerCare Plus Prenatal Services (servicios prenatales BagderCare).

Los siguientes son algunos ejemplos de documentación que puede utilizar para demostrar tanto la ciudadanía como la identidad:

- Pasaporte estadounidense
- Certificado de ciudadanía estadounidense
- Certificado de naturalización estadounidense
- Licencia de conducir realizada emitida por el Estado
- Documentos de identificación tribal

Los siguientes son algunos ejemplos de documentación que puede utilizar para demostrar la ciudadanía:

- Certificado de nacimiento de los EE. UU.
- Informe de nacimiento en el extranjero emitido por el Departamento de Estado de los EE. UU.
- Tarjeta de identificación de ciudadano de los EE. UU.
- Documentos de adopción que demuestren el nacimiento en los EE. UU.

- Registro hospitalario de nacimiento en los EE. UU.
- Registro militar de los EE. UU. o constancia de servicio que muestre el nacimiento en los EE. UU.
- Registro del seguro de vida o de salud que muestre el nacimiento en los EE. UU.
- Documentos de admisión a un hogar de ancianos que muestren nacimiento en los EE. UU.

Los siguientes son algunos ejemplos de documentación que puede utilizar para demostrar su identidad:

- Licencia de conducir expedida por el estado
- Tarjeta de identificación emitida por el gobierno federal, estatal o local
- Tarjeta de identificación escolar con fotografía
- Tarjeta de identificación de dependiente militar estadounidense
- Tarjeta de identificación de militar estadounidense
- Para los niños menores de 18 años, el formulario firmado [Declaración de identidad, F-10154](#)
(dhs.wi.gov/library/collection/f-10154)

Activos

Se le solicitará que aporte pruebas de todos sus activos. Entre los ejemplos de documentos de prueba se encuentran una copia de su estado de cuenta de banco que muestre el valor de su cuenta de banco el día que completa la solicitud, una factura de impuesto de propiedad, título/registro de un vehículo, o algo que muestre el valor nominal y el valor en efectivo de su póliza de seguro de vida. Si está casado y presenta una solicitud para Medicaid institucional, se requerirá una Evaluación de Activos tanto para el solicitante como para el cónyuge.

Otro

El trabajador del caso también podría pedirle pruebas de lo siguiente:

- Gastos médicos para cumplir con un deducible.
- Una certificación médica (oral o escrita) que indique que la persona probablemente vuelve a su casa o apartamento dentro de 6 meses en el caso de personas institucionalizadas que mantengan una casa o propiedad y que podrían tener el derecho a recibir una prestación para el

mantenimiento del hogar. Si se permite, los gastos deberán ser verificados.

- Documentación del poder notarial, tutor legal o custodio.
- Discapacidad.

Si tiene estos elementos disponibles el día que presenta esta solicitud, adjunte a esta una copia de dichos elementos. La agencia lo contactará y le pedirá que proporcione pruebas de la información que falte, que sea conflictiva o confusa, si tal información puede afectar la decisión sobre su inscripción en Medicaid.

No envíe los documentos originales por correo. Puede traer los documentos originales o adjuntar fotocopias de estos con su solicitud. Si tiene problemas para obtener lo que necesita para proporcionar pruebas, comuníquese con su agencia y solicite ayuda.

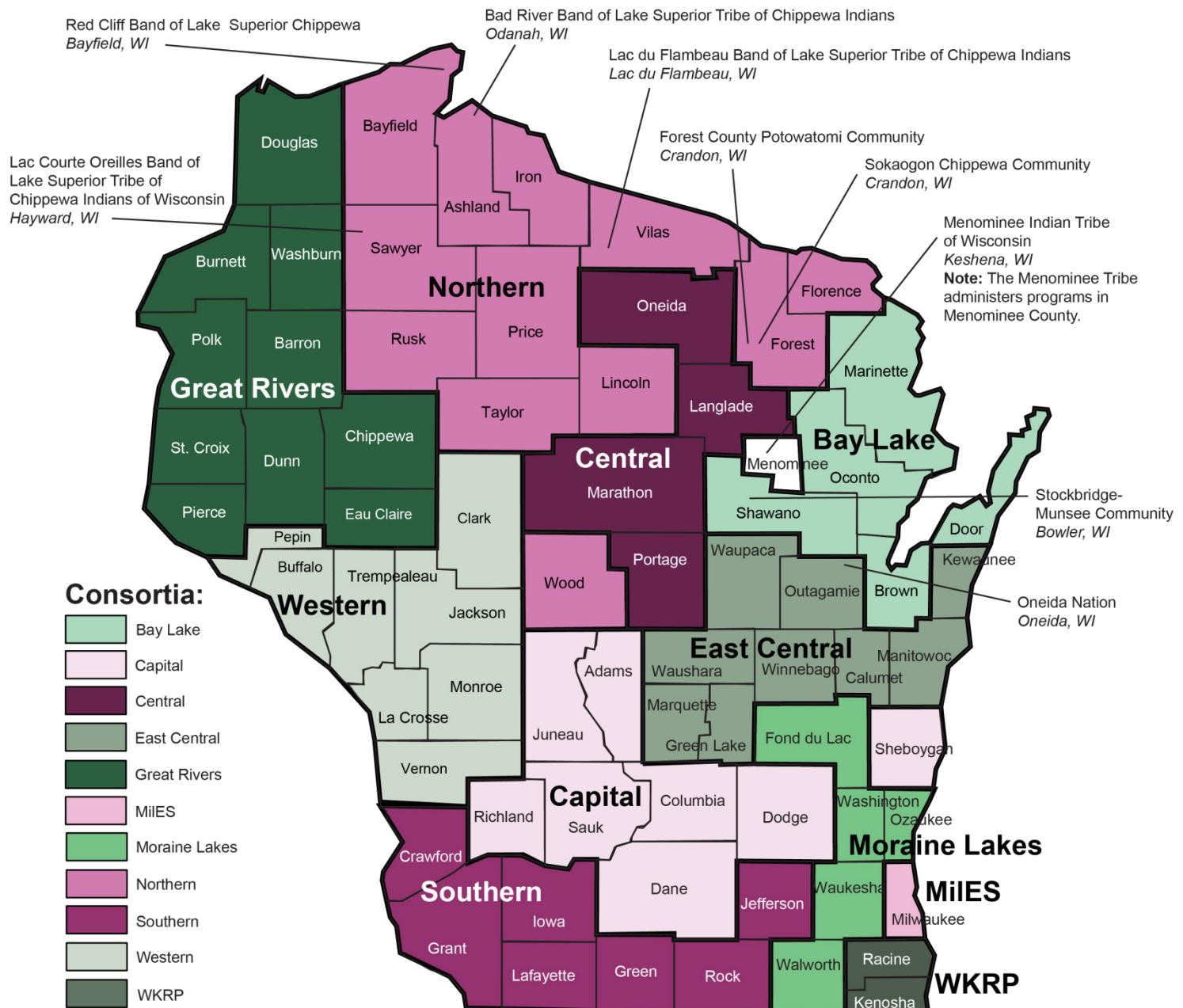
Información de contacto de los consorcios de mantenimiento de ingresos y las agencias tribales

INCOME MAINTENANCE CONSORTIUMS AND TRIBAL AGENCIES CONTACT INFORMATION

Los consorcios de mantenimiento de ingresos (a menudo llamados agencias) y las agencias tribales pueden ayudarlo con los servicios de elegibilidad para programas como Medicaid, BadgerCare Plus y FoodShare. La siguiente tabla enumera alfabéticamente a los consorcios de mantenimiento de ingresos y las agencias tribales e incluye los números de teléfono y los condados que conforman cada consorcio. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad o caso, llame al consorcio que representa a su condado o su agencia tribal.

Bad River Band of Lake Superior Tribe of Chippewa Indians	715-682-7127
Bay Lake	888-794-5747
• Brown	• Marinette
• Door	• Oconto
Capital	888-794-5556
• Adams	• Dodge
• Columbia	• Juneau
• Dane	• Richland
Central	888-445-1621
• Langlade	• Oneida
• Marathon	• Portage
East Central Income Maintenance Partnership	888-256-4563
• Calumet	• Manitowoc
• Green Lake	• Marquette
• Kewaunee	• Outagamie
Forest County Potawatomi Community	715-478-4433
Great Rivers	888-283-0012
• Barron	• Dunn
• Burnett	• Eau Claire
• Chippewa	• Pierce
• Douglas	• Polk
• St. Croix	• Washburn
Lac Courte Oreilles Band of Lake Superior Tribe of Chippewa Indians of Wisconsin	715-634-8934
Lac du Flambeau Band of Lake Superior Tribe of Chippewa Indians	715-588-4235
Menominee Indian Tribe of Wisconsin	715-799-5137
Milwaukee Enrollment Services (MiLES)	888-947-6583
Milwaukee	
Moraine Lakes	888-446-1239
• Fond du Lac	• Walworth
• Ozaukee	• Washington
Northern	888-794-5722
• Ashland	• Iron
• Bayfield	• Lincoln
• Florence	• Price
• Forest	• Rusk
• Sawyer	• Taylor
• Vilas	• Wood
Oneida Nation	800-216-3216
Red Cliff Band of Lake Superior Chippewa	715-779-3706
Sokaogon Chippewa Community	715-478-3265
Southern	888-794-5780
• Crawford	• Iowa
• Grant	• Jefferson
• Green	• Lafayette
• Rock	
Stockbridge-Munsee Community	715-793-4032
Western Region for Economic Assistance	888-627-0430
• Buffalo	• La Crosse
• Clark	• Monroe
• Jackson	• Pepin
• Trempealeau	• Vernon
Wisconsin's Kenosha Racine Partnership (WKRP)	888-794-5820
• Kenosha	• Racine

Mapa de los consorcios de mantenimiento de ingresos y las agencias tribales



PAQUETE DE SOLICITUD DE WISCONSIN MEDICAID PARA PERSONAS MAYORES, CIEGAS O DISCAPACITADAS

Instrucciones: Antes de completar este formulario, lea todas las instrucciones. Use solo tinta negra o azul. Escriba todas las fechas utilizando el formato mm/dd/aaaa (por ejemplo, el 2 de abril de 1958 sería 04/02/1958). Si necesita más espacio para escribir sus respuestas, utilice otra hoja de papel. Trate de darnos la mayor cantidad de información posible. Si no nos da la información ahora, podríamos tener que pedírsela antes de que podamos tomar una decisión sobre su solicitud.

Guarde las páginas de 1 a 8 y el Informe de cambio de Medicaid, F-10137, que se encuentra en este paquete de solicitud para su uso futuro.

Si está completando esta solicitud para otra persona, complete el formulario Designar, cambiar o revocar a un representante autorizado: formulario para personas, F-10126A, o Designar, cambiar o revocar a un representante autorizado: formulario para organizaciones, F-10126B, que se encuentra en este paquete de solicitud; o adjunte los documentos legales que lo autorizan como tutor legal, custodio o persona con poder notarial durable para la administración de finanzas designado del solicitante. La información detallada en esta solicitud debe ser sobre el solicitante, no sobre el representante.

SECCIÓN I – INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE – En esta sección, necesitamos que nos cuente sobre usted.

Nombre del solicitante (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)			
¿Tiene algún nombre que haya usado anteriormente, tal como un nombre de casada o de soltera? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
En caso afirmativo, ¿cuáles son?			
Fecha de nacimiento	Social Security Number (Número de seguro social)	Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Origen étnico* (opcional) <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino			
Raza* (opcional, elija una o más) <input type="checkbox"/> Nativo americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano/de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco			
*No tiene que contestar las preguntas sobre origen étnico y raza si no lo desea. Hacemos estas preguntas con el fin de mejorar nuestros programas y asegurarnos de que no se discrimine por motivos étnicos o raciales. Sus respuestas no se utilizarán para tomar una decisión con respecto a sus programas y beneficios.			
¿Es usted miembro, hijo o nieto de un miembro de una tribu nativa americana o de un nativo de Alaska? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿En qué idioma quiere recibir sus cartas? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español		
Idioma principal que se habla en su hogar	¿Hay algún niño menor de 18 años en la casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

SECCIÓN 2 – INFORMACIÓN DE CONTACTO – Díganos cómo podemos contactarlo. Para los números de teléfono, incluya el código de área.

Nombre del contacto, si no es el solicitante	
Número de teléfono del solicitante	Número de teléfono del representante autorizado / persona con poder notarial
<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo

Otro número en el que podamos dejarle un mensaje	Si es sordo o tiene problemas de audición y nos ha pedido que nos comuniquemos con usted por teléfono, ¿qué método usa? <input type="checkbox"/> Retransmisión <input type="checkbox"/> TTY <input type="checkbox"/> Ninguno		
Dirección de correo electrónico del solicitante	Dirección de correo electrónico del representante autorizado / poder notarial autorizado		
<p>¿Es usted una persona sin hogar* en este momento o lo ha sido en los últimos 12 meses?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>*Con persona sin hogar nos referimos a que no tiene un lugar a largo plazo en donde pasar la noche. Podría estar alojándose en un refugio o con un amigo o familiar o no tener un lugar donde quedarse.</p>			
<p>¿Cuál es la mejor manera de contactarlo durante los días de semana?</p> <p><input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono de la casa <input type="checkbox"/> Teléfono celular <input type="checkbox"/> Otro (explique)</p>			
<p>¿Cuál es el mejor horario para llamarlo durante los días de semana (por ejemplo, los lunes después de las 3:00 p. m.; de lunes a viernes antes de las 12 p. m.)?</p>			
<p>Puede recibir las cartas sobre sus programas y beneficios en línea. Si opta por recibir las cartas en línea:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibirá un correo electrónico cada vez que haya una carta nueva para ver. Inicie sesión en su cuenta de ACCESS para ver sus cartas. • No recibirá copias de las cartas por correo postal. Sin embargo, hay algunas cartas que deben enviarse siempre por correo postal (como los formularios que debe llenar y enviar de vuelta). <p>¿Desea recibir cartas sobre sus beneficios en línea en lugar de por correo postal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>			
<p>Puede optar por recibir correos electrónicos sobre sus servicios de salud de parte de nuestros socios de atención médica (por ejemplo, una HMO).</p> <p>Solo la persona principal de un caso (la persona que solicita los beneficios) puede obtener información sobre los servicios de salud para sí mismos y para cualquier persona menor de 19 años en el hogar.</p> <p>Los demás adultos que sean mayores de 18 años deberán crear su propia cuenta de ACCESS para optar por recibir correos electrónicos sobre servicios de salud de nuestros socios de atención médica.</p> <p>¿Desea recibir correos electrónicos de nuestros socios de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>			

SECCIÓN 3 – INFORMACIÓN ADICIONAL DEL SOLICITANTE – En esta sección, necesitamos información adicional sobre usted, el solicitante.

¿Dónde vive actualmente? Si vive en una institución médica, use el nombre y dirección de la institución.			
Calle	Ciudad	Estado	Código postal
¿Es esta también su dirección postal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es "no", ¿cuál es su dirección postal?			
<p>¿Vive actualmente en un hogar de ancianos, institution for mental disease (institución para personas con enfermedades mentales, IMD) u hospital? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es "sí", ¿en qué fecha fue admitido? _____</p> <p>¿Vivió anteriormente en un hogar de ancianos, IMD u hospital? De ser así, ¿cuándo?</p>			
<p>¿Trabaja con un Aging & Disability Resource Center (Centro de Recursos para el Envejecimiento y la Discapacidad, ADRC) para obtener servicios de cuidado a largo plazo en su casa o en un centro de vida asistida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si respondió "sí" a alguna de las dos preguntas anteriores, complete la Sección 20 de este paquete.</p> <p>¿Tiene planeado seguir viviendo en Wisconsin? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>			

¿Necesita ayuda para pagar por la atención médica que obtuvo en los últimos tres meses? Sí No
 Si la respuesta es "sí", complete la Sección 19 en este paquete.

Estado civil

Casado(a) Separado(a) legalmente Casamiento anulado Divorciado(a) Viudo(a)
 Soltero(a)

¿Es usted ciudadano estadounidense? (Consulte la página 4)

Sí No

Si la respuesta es "no", responda las siguientes preguntas:

¿Cuál es su Número de registro de extranjero o número de USCIS?

¿Cuándo vino a vivir a los EE. UU.?

¿Tiene un patrocinador? Sí No

¿Está en servicio activo en el ejército de los Estados Unidos o es un veterano con baja honorable, casado con alguien en servicio activo o con un veterano con baja honorable, el cónyuge sobreviviente de un veterano o el hijo de alguien en servicio activo o un veterano con baja honorable?

Sí No

SECCIÓN 4 – INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE – En esta sección le pediremos información general sobre su cónyuge, si está casado, separado o separado legalmente. Responda todas las preguntas de esta sección con la información de su cónyuge. Si no está casado, diríjase a la Sección 5.

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Número de Seguro Social

Fecha de nacimiento

Otros nombres usados anteriormente (por ejemplo, de soltera o de casada)

Dirección del cónyuge (si es diferente a la del solicitante)

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Origen étnico* (opcional)

Hispano o latino Ni hispano ni latino

Raza* (opcional)

<input type="checkbox"/> Nativo americano/nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro/afroamericano
<input type="checkbox"/> Hawaiano/de otras islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco	

*No tiene que contestar las preguntas sobre etnia y raza si no lo desea. Hacemos estas preguntas con el fin de mejorar nuestros programas y asegurarnos de que no se discrimine por motivos étnicos o raciales. Sus respuestas no se utilizarán para tomar una decisión con respecto a sus beneficios.

¿Vive su cónyuge actualmente en un hogar de ancianos, IMD u hospital?

Sí No Si su respuesta es "sí" y su cónyuge está solicitando Medicaid, complete la Sección 20.

Si la respuesta es "sí", ¿en qué fecha fue admitido su cónyuge?

¿Vivió su cónyuge anteriormente en un hogar de ancianos, IMD u hospital? Sí No

De ser así, ¿cuándo?

¿Su cónyuge está solicitando Medicaid? Sí No

Si su respuesta es "no", deténgase aquí y diríjase a la Sección 5.

¿Su cónyuge tiene planeado seguir viviendo en Wisconsin? Sí No

¿Su cónyuge necesita ayuda para pagar por la atención médica que obtuvo en los últimos tres meses?

Sí No

Si la respuesta es "sí", complete la Sección 19 en este paquete.

¿Trabaja su cónyuge con un ADRC para obtener servicios de cuidado a largo plazo en su casa o en un centro de vida asistida? Sí No Si la respuesta es "sí", complete la Sección 20 en este paquete.

¿Es su cónyuge miembro, hijo o nieto de un miembro de una tribu nativa americana o de un nativo de Alaska?

Sí No

¿Es su cónyuge ciudadano estadounidense? (Consulte la página 4)

Sí No

Si la respuesta es "no", responda las siguientes preguntas:

¿Cuál es el Número de registro de extranjero o número de USCIS de su cónyuge?

¿Cuándo vino su cónyuge a vivir a los EE. UU.?

¿Su cónyuge tiene un patrocinador?

Sí No

¿Está su cónyuge en servicio activo en el ejército de los Estados Unidos o es un veterano con baja honorable, el cónyuge sobreviviente de un veterano o el hijo de alguien en servicio activo o un veterano con baja honorable?

Sí No

SECCIÓN 5 – INFORMACIÓN SOBRE LA DISCAPACIDAD

Solicitante

¿Ha sido determinado ciego o discapacitado por la Social Security Administration (Administración del Seguro Social)? Sí No

Si no es así, ¿quisiera que le enviemos un Formulario de solicitud de discapacidad? Sí No

¿Ha recibido previamente Supplemental Security Income (Seguridad de Ingreso Suplementario, SSI)? Sí No

Si está discapacitado y en este momento no está trabajando, ¿le interesa participar en el Health and Employment Counseling (Consejería para salud y empleo, HEC) como un esfuerzo por encontrar trabajo? Sí No

Cónyuge

¿Ha sido su cónyuge determinado ciego o discapacitado por la Social Security Administration (Administración del Seguro Social)? Sí No

Si no es así, ¿quisiera que le enviemos un Formulario de solicitud de discapacidad? Sí No

¿Su cónyuge recibió SSI previamente? Sí No

Si su cónyuge está discapacitado y en este momento no está trabajando, ¿le interesa a su cónyuge participar en el Health and Employment Counseling (Consejería para salud y empleo, HEC) como un esfuerzo por encontrar trabajo? Sí No

SECCIÓN 6 - ACTIVOS

En esta sección, indique todos los activos que poseen usted o su cónyuge. Incluya los activos que sean de propiedad conjunta con cualquier otra persona. No incluya el valor de los artículos domésticos personales (televisor, muebles, electrodomésticos). No incluya información sobre vehículos de motor en esta sección, ya que le preguntaremos sobre esa cuestión en la Sección 9. Entre los activos, se encuentran artículos como el dinero en efectivo, cuentas corrientes o de ahorros, tarjetas de débito prepagadas, certificados de depósito, fondos fiduciarios, acciones, bonos, cuentas de retiro, intereses en anualidades, bonos de ahorro de los EE. UU., acuerdos de propiedad, contratos para escrituras, tiempos compartidos, alquiler de propiedades, patrimonios vitalicios, herramientas, ganado, maquinaria agrícola, planes Keogh u otros refugios fiscales, propiedades personales que se reservan para fines de inversión, cuentas de ahorro para la salud, etc.

NOTA: Se le solicitará que presente pruebas de sus activos. Consulte la página 5 para obtener más información. Utilice otra hoja de papel si necesita más espacio.

Tipo de activo (Consulte arriba)	Nombre del(de los) propietario(s)	Cantidad en dólares actual	Nombre del banco / Institución financiera y número de cuenta
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

¿Alguna de las cuentas mencionadas incluye dinero que se reserva para entierro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
De ser así, ¿cuál/cuáles? <input type="checkbox"/> ¿Cuánto dinero?

SECCIÓN 7 – ACTIVOS PARA ENTIERRO

Enumere una lista de los activos de entierro que sean de su propiedad o de su cónyuge. Se le solicitará que presente pruebas de sus activos. Utilice otra hoja de papel si necesita más espacio.

Tipo de activo para entierro	Nombre del(de los) propietario(s)	Valor
Seguro de sepelio <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Fideicomiso irrevocable para sepelios* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
*Esto significa que no se puede devolver ni cambiar.		
Otro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nota: Otros ejemplos podrían ser una lápida, un ataúd, una bóveda, un marcador o los costos de apertura y cierre.		\$

SECCIÓN 8 – TITULAR DE LA ANUALIDAD

¿Poseen usted o su cónyuge una anualidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Compraron usted o su cónyuge una anualidad el 01/01/2009 o después? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Hicieron usted o su cónyuge algún cambio importante el día 01/01/2009 o después en alguna anualidad que sea propiedad suya o de su cónyuge, independientemente de la fecha de compra? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Se considera un cambio importante una adición al principal, una retirada voluntaria, una solicitud de cambio de distribución, un cambio de titularidad u otra acción similar.
Nota: Si dio una respuesta afirmativa a cualquiera de las preguntas de arriba, se le solicitará que brinde y verifique información adicional sobre esta anualidad para calificar para recibir Medicaid Institutional/Long-Term Care Services (servicios institucionales o de atención a largo plazo de Medicaid).
Yo, el/la solicitante y mi cónyuge reconocemos que estamos nombrando al estado de Wisconsin como beneficiario remanente de mi o nuestra anualidad, en virtud de la prestación de Medicaid Institutional/Long-Term Care Services (servicios institucionales o de atención a largo plazo de Medicaid). Esta asignación aplicará para cualquier anualidad comprada por mí o mi cónyuge el 01/01/2009 o después de esa fecha, o cualquier anualidad mía o de mi cónyuge, independientemente de la fecha en que fue comprada, que haya tenido un cambio importante o sobre la que haya habido una transacción el 01/01/2009 en adelante. El estado de Wisconsin será nombrado beneficiario restante de mi/nuestra anualidad en la primera posición o, si estoy casado(a) o tengo un hijo(a) menor o con discapacidad, el Estado de Wisconsin será nombrado beneficiario restante en la posición siguiente después de mi cónyuge o hijo(a) menor o discapacitado.

SECCIÓN 9 – INFORMACIÓN DEL VEHÍCULO

Enumere todos los vehículos a motor que sean de su propiedad o de su cónyuge, si es que está casado(a). Incluya los vehículos que sean propiedad mancomunada con otra persona. Utilice otra hoja de papel si necesita más espacio.

Vehículo 1

Tipo de vehículo	Año	Marca	Modelo
Monto que se debe de ese vehículo \$		Valor justo de mercado* \$	

Vehículo 2

Tipo de vehículo	Año	Marca	Modelo
Monto que se debe de ese vehículo \$		Valor justo de mercado* \$	

*Por valor justo de mercado, nos referimos al precio por el que se podría vender el vehículo en este momento. Para averiguarlo, es útil consultar el valor del vehículo en línea en la página de Blue Book (www.kbb.com/whats-my-car-worth).

Sección 10 – Información sobre los bienes inmuebles

Enumere todos los bienes inmuebles que sean de su propiedad o de su cónyuge, si está casado(a). Incluya todos los bienes inmuebles, ya sea que la propiedad esté situada en el estado de Wisconsin o no, de propiedad exclusiva o mancomunada con otra persona. Incluya todas las propiedades de alquiler.

Propiedad 1

Propietario(s) de la propiedad			
Dirección – Calle	Ciudad	Estado	Código postal
Monto que se debe de esa propiedad \$		Valor justo de mercado* \$	

Propiedad 2

Propietario(s) de la propiedad			
Dirección – Calle	Ciudad	Estado	Código postal
Monto que se debe de esa propiedad \$		Valor justo de mercado* \$	

*Por valor justo de mercado, nos referimos al precio por el que se podría vender la propiedad en este momento. Puede encontrar esta información en los impuestos de su propiedad o en una tasación reciente, si es que hizo hacer una.

SECCIÓN 11 – SEGURO DE VIDA

Indique todos los seguros de vida que tengan usted o su cónyuge.

<p>¿Tienen usted o su cónyuge alguna póliza de seguro de vida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>En caso afirmativo, complete la sección de abajo. De lo contrario, deténgase y diríjase a la Sección 12.</p>				
Nombre del(de los) propietario(s)	Nombre de la compañía de seguros de vida	Tipo: (para toda la vida, para un plazo, etc.)	Valor de rescate en efectivo* \$	Valor nominal** \$
			\$	\$
			\$	\$

*Valor de rescate en efectivo se refiere a la cantidad que recibirá si cancela la póliza.

**Valor nominal se refiere al beneficio mínimo pagado en caso de fallecimiento. En la mayoría de los casos, esta es la cantidad escrita en la póliza.

SECCIÓN 12 – INGRESOS POR TRABAJO Y SALARIO

En esta sección necesitamos que nos informe sobre cualquier ingreso de trabajo o salario que usted o su cónyuge obtengan de su empleo. Indique la ganancia bruta de cada trabajo. La ganancia bruta es el monto que gana antes de aplicar los impuestos y retenciones. No incluya los trabajos autónomos en esta sección ya que le preguntaremos sobre eso en la Sección 13.

Empleo 1

<p>¿Tienen empleo usted o su cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", responda las siguientes preguntas. De lo contrario, deténgase aquí y vaya a la Sección 14.</p>	
¿Quién tiene el empleo? <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Su cónyuge	Fecha de inicio del trabajo
Nombre y dirección del empleador	Ganancia bruta mensual que espera tener este mes \$
	Ingresos brutos mensuales previstos para el próximo mes \$
¿Cuántas horas trabaja por semana?	¿Cuánto le pagan por hora? \$
<p>¿Con qué frecuencia recibe su pago?</p> <p><input type="checkbox"/> Cada semana <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Una vez por mes</p>	
<p>¿Le pagan un salario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, ¿cuánto le pagan por cada período de pago? \$</p>	
<p>¿Recibe propinas o compensaciones aparte de su pago por hora o salario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", ¿cuánto le pagan por período? \$</p>	

Empleo 2

¿Quién tiene el empleo? <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Su cónyuge	Fecha de inicio del trabajo
Nombre y dirección del empleador	Ganancia bruta mensual que espera tener este mes \$
	Ingresos brutos mensuales previstos para el próximo mes \$
¿Cuántas horas trabaja por semana?	¿Cuánto le pagan por hora? \$
¿Con qué frecuencia recibe su pago? <input type="checkbox"/> Cada semana <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Una vez por mes	
¿Le pagan un salario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, ¿cuánto le pagan por cada período de pago? \$	
¿Recibe propinas o compensaciones aparte de su pago por hora o salario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", ¿cuánto le pagan por período? \$	
Nota: Si tiene otro empleo u otro salario por empleo, puede utilizar una hoja de papel adicional y agregarla a esta solicitud.	

SECCIÓN 13 - TRABAJO AUTÓNOMO

Díganos acerca de cualquier ingreso por trabajo autónomo que reciban usted o su cónyuge. Si necesita más espacio o tiene más de dos trabajos autónomos, utilice otra una hoja de papel.

Trabajo autónomo 1

¿Tienen usted o su cónyuge un trabajo autónomo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", responda las siguientes preguntas. De lo contrario, diríjase a la Sección 14.	
¿Quién trabaja de forma autónoma? <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Su cónyuge	Nombre de la empresa
Dirección de la empresa	Tipo de empresa <input type="checkbox"/> Sociedad <input type="checkbox"/> Corporación S <input type="checkbox"/> Trabajador independiente <input type="checkbox"/> No sé
Área de la empresa (por ejemplo, agricultura, cuidados en el hogar por día)	Fecha de inicio de actividades
¿Esta empresa presentó su declaración de impuestos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió afirmativamente, ¿cuál fue el último año en el que la empresa presentó su declaración de impuestos?	
¿Tuvo la empresa algún cambio importante en los ingresos o gastos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	
En promedio, ¿cuánto es el ingreso mensual de la empresa? Indique los ingresos antes de deducir los gastos. \$ _____	
En promedio, ¿cuáles son los gastos totales mensuales de la empresa? \$ _____	
En promedio, ¿cuántas horas por mes trabaja esta persona para esta empresa?	

Trabajo autónomo 2

<p>¿Tienen usted o su cónyuge un trabajo autónomo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es "Sí", responda las siguientes preguntas. De lo contrario, diríjase a la Sección 15.</p>	
¿Quién trabaja de forma autónoma? <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Su cónyuge	Nombre de la empresa
Dirección de la empresa	<p>Tipo de empresa <input type="checkbox"/> Sociedad <input type="checkbox"/> Corporación S <input type="checkbox"/> Trabajador independiente <input type="checkbox"/> No sé </p>
Área de la empresa (por ejemplo, agricultura, cuidados en el hogar por día)	Fecha de inicio de actividades
<p>¿Esta empresa presentó su declaración de impuestos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si respondió afirmativamente, ¿cuál fue el último año en el que la empresa presentó su declaración de impuestos?</p>	
<p>¿Tuvo la empresa algún cambio importante en los ingresos o gastos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé</p>	
<p>En promedio, ¿cuánto es el ingreso mensual de la empresa? Indique los ingresos antes de deducir los gastos. \$ _____</p>	
<p>En promedio, ¿cuáles son los gastos totales mensuales de la empresa? \$ _____</p>	
<p>En promedio, ¿cuántas horas por mes trabaja esta persona para esta empresa?</p>	

SECCIÓN 14 – INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS EN ESPECIE

En esta sección, díganos si usted o su cónyuge reciben actualmente artículos en especie (por ejemplo, bienes, servicios o alimentos) a cambio de su trabajo. Asegúrese de enumerar la cantidad de horas que trabaja a cambio de bienes, servicios o alimentos. Si trabaja como voluntario, pero no recibe nada a cambio por su trabajo, estas horas no se consideran trabajo en especie.

Ingreso en especie 1

<p>¿Trabajan usted o su cónyuge a cambio de bienes, servicios o alimentos en lugar de dinero?</p>			
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Su cónyuge
<p>Fecha en la que usted/su cónyuge comenzó a recibir bienes, servicios o alimentos a cambio de su trabajo:</p>			
<p>¿Cuántas horas de trabajo proporciona por mes usted/su cónyuge a cambio de bienes, servicios o alimentos?</p>			
_____ Usted	_____ Su cónyuge		

Ingreso en especie 2

<p>¿Trabajan usted o su cónyuge a cambio de bienes, servicios o alimentos en lugar de dinero?</p>			
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Su cónyuge
<p>Fecha en la que usted/su cónyuge comenzó a recibir bienes, servicios o alimentos a cambio de su trabajo:</p>			
<p>¿Cuántas horas de trabajo proporciona por mes usted/su cónyuge a cambio de bienes, servicios o alimentos?</p>			
_____ Usted	_____ Su cónyuge		

SECCIÓN 15 – OTROS TIPOS DE INGRESOS

En esta sección, mencione si usted o su cónyuge reciben cualquier otro tipo de ingresos (además del que recibe de su empleo actual o trabajo autónomo). Entre los ejemplos de otros ingresos se encuentran, entre otros, pagos provenientes de una anualidad o fideicomiso, pensión alimenticia/manutención, organización benéfica, manutención de menores, pago por discapacidad/enfermedad, intereses/dividendos, pensión/jubilación, compensación para trabajadores, dinero de parte de otra persona, intereses de reembolso de préstamos/ pagarés, ingreso de renta, indemnización por despido, Supplemental Security Income (Seguridad de Ingreso Suplementario, SSI), seguro social, beneficios de veteranos, seguro de desempleo, etc. Indique el monto bruto, antes de que se apliquen impuestos y deducciones.

Tipo de ingreso	¿Quién recibe el ingreso?	Cantidad bruta mensual	Nombre / Dirección de la empresa
	<input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Su cónyuge	\$	
	<input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Su cónyuge	\$	
	<input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Su cónyuge	\$	
	<input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Su cónyuge	\$	
	<input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Su cónyuge	\$	
	<input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Su cónyuge	\$	

SECCIÓN 16 – GASTOS MÉDICOS QUE PAGA DE SU BOLSILLO

Enumere los tipos de gastos médicos que usted o su cónyuge pagan de su bolsillo, como copagos o el costo de sus medicamentos sin receta. Debe indicar si el artículo es un gasto de trabajo relacionado con una discapacidad. Por gasto de trabajo relacionado con una discapacidad nos referimos a cualquier artículo que usted o su cónyuge necesiten debido a su discapacidad para poder hacer su trabajo. El gasto no puede ser uno que tendría un trabajador similar sin una discapacidad, como los uniformes. No incluya primas de seguro médico ni los artículos por los cuales usted ha recibido un reembolso.

Gasto 1

<p>¿Tiene usted o su cónyuge algún gasto médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>En caso afirmativo, complete la sección de abajo. De lo contrario, deténgase y diríjase a la Sección 18.</p>			
Tipo de gasto médico	Monto del gasto \$	¿Quién tiene el gasto? <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Su cónyuge	¿Con qué frecuencia lo paga?
<p>¿Es este un gasto de trabajo relacionado con una discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>			

Gasto 2

Tipo de gasto médico	Monto del gasto \$	¿Quién tiene el gasto? <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Su cónyuge	¿Con qué frecuencia lo paga?
<p>¿Es este un gasto de trabajo relacionado con una discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>			

SECCIÓN 17 – OTROS GASTOS PERMITIDOS

En esta sección, mencione cualquier otro gasto permitido que tenga usted o su cónyuge. Entre los gastos permitidos están el apoyo de familia/pensión alimenticia ordenados por el tribunal, honorarios de abogados y pagos a tutores ordenados por el tribunal, manutención de menores ordenada por el tribunal y otras obligaciones.

¿Quién tiene el gasto?	¿En qué consiste el gasto?	Monto del gasto	¿Con qué frecuencia lo paga?
		\$	
		\$	
		\$	

SECCIÓN 18 – SEGURO DE SALUD

Debe informar sobre cualquier tercero que pueda ser responsable de pagar la atención médica para usted o su cónyuge, entre ellos el seguro médico privado, el seguro del hogar de ancianos/de cuidado a largo plazo, Medicare o seguro Medi-GAP. Debe brindar la información que se solicita. Esto también incluye todos los seguros que puedan estar disponibles a través de un plan de salud grupal o una póliza de atención a largo plazo proporcionado por el empleador.

¿Tiene cobertura de la Parte A o la Parte B de Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Número de identificación de Medicare	Fecha de inicio de la Parte A	Prima de la Parte A	Fecha de inicio de la Parte B	Prima de la Parte B
		\$		\$
¿Tiene su cónyuge cobertura de la Parte A o de la Parte B de Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Número de identificación de Medicare	Fecha de inicio de la Parte A	Prima de la Parte A	Fecha de inicio de la Parte B	Prima de la Parte B
		\$		\$

¿Tienen usted o su cónyuge cobertura de la Parte D de Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Quién tiene la cobertura?	Nombre del plan	Fecha de inicio	Monto de la prima mensual
			\$
			\$

Si usted o su cónyuge solicitan Medicaid y son elegibles para Medicare, su agencia verificará si usted o su cónyuge son elegibles para que Medicaid pague por sus primas de Medicare a través de Medicare Savings Program (Programa de Ahorro de Medicare). Comuníquese con su agencia si no está interesado o si tiene preguntas acerca de Medicare Savings Program (Programa de Ahorro de Medicare).

Si es elegible, ¿le gustaría a usted o a su cónyuge que el estado de Wisconsin pague sus primas de Medicare?

Sí No

¿Tiene la cobertura de alguna póliza de seguro de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre del titular de la póliza	Fecha de inicio de la cobertura	Monto de la prima	¿Con qué frecuencia lo paga?
		\$	
Número de póliza/seguro		Número de grupo	
Nombre y dirección de la compañía de seguros			

¿Tiene su cónyuge la cobertura de alguna póliza de seguro de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre del titular de la póliza	Fecha de inicio de la cobertura	Monto de la prima \$	¿Con qué frecuencia lo paga?
Número de póliza/seguro		Número de grupo	
Nombre y dirección de la compañía de seguros			
¿Ha recibido usted o su cónyuge facturas médicas debido a un accidente o tiene pendiente un reclamo por accidente?			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", marque todas las opciones que correspondan. <input type="checkbox"/> Facturas incurridas <input type="checkbox"/> Reclamo o acuerdo pendiente			

SECCIÓN 19 - SOLICITUD DE AYUDA PARA PAGAR LOS GASTOS MÉDICOS

Si el seguro no ha pagado sus gastos médicos de los últimos tres meses, puede solicitar la cobertura de atención médica para pagar esos gastos. Si en esos meses cumple con todas las reglas del programa, usted puede obtener beneficios de cobertura de atención médica a partir de tres meses antes del mes de su solicitud. El mes de su solicitud es el mes en el que su agencia recibe su solicitud.

Cuando solicita beneficios de atención médica en meses anteriores, debe proporcionar toda la información necesaria para esos meses anteriores y debe cumplir con todas las reglas del programa para esos meses. Si desea recibir ayuda para pagar la atención de salud durante cualquiera de los tres meses anteriores al mes de su solicitud, asegúrese de marcar la casilla "Sí" en la Sección 3 de la solicitud donde se hace esta pregunta y complete este formulario.

Si hay algún cambio en los tres meses anteriores al mes de su solicitud, mencione los cambios para cada mes abajo. Estos cambios pueden ser: su dirección, las personas que viven en su hogar, el ingreso, los activos, los vehículos, el seguro, etc.

¿Cuál es la fecha en la que desea que comience su cobertura de atención médica? **Nota:** Esta fecha no puede ser más de tres meses antes del mes en el que presenta la solicitud.

Mes anterior a la solicitud

¿Solicita ayuda para pagar los gastos médicos del mes anterior al mes en el que solicita la ayuda?

Sí No

En caso afirmativo, ¿es la información que proporcionó en su solicitud la misma en ese mes? Sí No
Si no lo es, describa los cambios.

Dos meses antes de la solicitud

¿Solicita ayuda para pagar los gastos médicos de los dos meses anteriores al mes en el que solicita la ayuda? Sí No

En caso afirmativo, ¿es la información que proporcionó en su solicitud la misma en ese mes? Sí No
Si no lo es, describa los cambios.

Tres meses antes de la solicitud

¿Solicita ayuda para pagar los gastos médicos de los tres meses anteriores al mes en el que solicita la ayuda? Sí No

En caso afirmativo, ¿es la información que proporcionó en su solicitud la misma en ese mes? Sí No
Si no lo es, describa los cambios.

SECCIÓN 20 – INFORMACIÓN DEL CUIDADO A LARGO PLAZO

Complete esta sección si usted o su cónyuge viven actualmente en un hogar de ancianos, una Institution for Mental Disease (institución para personas con enfermedades mentales, IMD) o en un hospital, o si usted o su cónyuge están solicitando los servicios de cuidado a largo plazo en su hogar.

A. Intención de volver al hogar

Si actualmente vive en un hogar de ancianos, en una IMD, en un hospital o en un centro de vida asistida, ¿tiene pensado volver a su casa en el futuro? Sí No

Si su cónyuge actualmente vive en un hogar de ancianos, en una IMD, en un hospital o en un centro de vida asistida, ¿tiene él o ella pensado volver a su casa en el futuro? Sí No

B. Solicitud de exención comunitaria

¿Está usted solicitando Medicaid para recibir servicios en su domicilio o en un centro de vida asistida?

Sí No

¿Está su cónyuge solicitando Medicaid para recibir servicios a domicilio o en un centro de vida asistida?

Sí No

C. Asignación de los ingresos

Si está casado(a), puede ser elegible para dar a su cónyuge parte de sus ingresos hasta una cantidad máxima. Esto se denomina asignación de los ingresos. Si está casado(a) y tanto usted como su cónyuge solicitan los servicios de cuidado a largo plazo, deben elegir quién asignará los ingresos.

¿Quién asignará los ingresos? Usted Su cónyuge

¿Quiere usted o su cónyuge asignar la porción máxima permitida de ingresos? Sí No

Si su respuesta es "No", ¿qué cantidad quieren usted o su cónyuge asignar? \$

Nota: Si no quiere asignar la porción máxima permitida de sus ingresos pero no nos indica cuánto desea asignar o deja el monto en dólares en blanco, asumiremos que no desea asignar ningún ingreso a su cónyuge.

D. TRANSFERENCIA DE RECURSOS/INGRESOS

Indique cualquier ingreso o recurso que usted o su cónyuge hayan cedido o vendido por menos del valor justo de mercado en los últimos cinco años. Entre los ejemplos de recursos se encuentran dinero en efectivo y regalos en efectivo, bienes inmuebles, acciones o bonos, etc. Esto incluye cualquier cantidad que haya regalado a menores, como, por ejemplo, dinero que haya puesto en un fondo universitario para su nieto. Debe informar estos montos abajo. Utilice otra hoja de papel si necesita más espacio.

Marque todas las que correspondan. En los últimos cinco años, usted o su cónyuge:

- Sí No ¿Vendieron activos por menos que el valor justo de mercado?*

Sí No ¿Intercambiaron activos o ingresos?

Sí No ¿Transfirieron o regalaron activos o bienes?

Sí No ¿Establecieron o financiaron un fideicomiso?

Sí No ¿Rechazaron o se negaron a aceptar una herencia?

Sí No ¿Compraron una anualidad, un usufructo vitalicio en la casa de otra persona, un pagaré, un préstamo o una hipoteca?

Si respondió "Sí" a cualquiera de las preguntas anteriores, indique la información del activo y del ingreso abajo. Si respondió "No", diríjase a la Sección E.

*Por valor justo de mercado, nos referimos al que recibiría si los vendiera en el mercado abierto.

Activo o ingreso 1

Tipo de activo o ingreso	Fecha en la que se cedió o vendió	Valor del activo o ingreso \$
¿Qué obtuvo a cambio? _____		¿A quién le cedió/vendió el activo? _____

Activo o ingreso 2

Tipo de activo o ingreso	Fecha en la que se cedió o vendió	Valor del activo o ingreso
		\$

E. COSTOS DE ALOJAMIENTO/SERVICIOS

EN ESTOS DE ALGUNOS DE LOS GASTOS DE SU HOGAR. ALGUNOS DE ESTOS PUEDE SER, ENTRE OTROS, HIPOTECA/ALQUILER, IMPUESTOS A LA PROPIEDAD, TARIFAS DE CONDOMINIO, SEGURO DE PROPIETARIO/INQUILINO, FACTURAS DE AGUA O ALCANTARILLADO, FACTURAS DE GAS/ELECTRICIDAD Y COSTOS DE CALEFACCION. SI ES UN GASTO COMPARTIDO, ASEGUENSE DE INDICAR EL MONTO REAL QUE PAGA CADA PERSONA.

F. SEGURO DE CUIDADO A LARGO PLAZO

¿Tiene usted seguro de cuidado a largo plazo privado? Sí No

Nombre del titular de la póliza	Fecha de inicio de la cobertura	Monto de la prima \$	¿Con qué frecuencia lo paga?
---------------------------------	---------------------------------	----------------------	------------------------------

Número de póliza/seguro Número de grupo

Nombre y dirección de la compañía de seguros

¿Tiene su cónyuge seguro de cuidado a largo plazo privado? Sí No

Nombre del titular de la póliza	Fecha de inicio de la cobertura	Monto de la prima \$	¿Con qué frecuencia lo paga?
---------------------------------	---------------------------------	----------------------	------------------------------

Número de póliza/seguro Número de grupo

Nombre y dirección de la compañía de seguros

SECCIÓN 21 – LISTA DE VERIFICACIÓN

Lea y verifique cada una antes de enviar su solicitud. Esto podría ahorrar tiempo en el procesamiento de su solicitud.

- Lea la sección Derechos y Responsabilidades.
- Complete todas las secciones de la solicitud que correspondan.
- Adjunte a su solicitud todos los documentos de prueba actuales y la documentación u hojas adicionales que utilizó para llenar la solicitud. Si está solicitando ayuda para pagar gastos médicos de los últimos tres meses, asegúrese de incluir la verificación de esos meses.
- Si no es ciudadano estadounidense, incluya una copia de sus documentos de estado migratorio.
- Si usted tiene un tutor legal de patrimonio, un tutor legal de persona y de patrimonio, un custodio, o poder notarial durable vigente para la administración de finanzas, adjunte la documentación que autoriza al tutor legal, custodio o poder notarial designado del solicitante. Si tiene un representante autorizado, adjunte el formulario Designar, cambiar o revocar a un representante autorizado (el F-10126A para una persona o el F-10126B para una organización).
- Complete la sección Solicitud de ayuda para pagar los gastos médicos si desea ayuda para pagar los gastos médicos de los últimos tres meses.
- Complete la sección Información de atención a largo plazo si está solicitando cobertura para servicios de atención a largo plazo.
- Guarde las páginas de 1 a 8 y el Informe de cambio de Medicaid, F-10137, que se encuentra en este paquete de solicitud para su uso futuro.
- Firme el formulario de solicitud e incluya la fecha.

SECCIÓN 22 – FIRMA

Al firmar la solicitud, usted autoriza a la agencia local y al Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud) de Wisconsin a solicitar toda la información que sea apropiada y necesaria para la administración correcta del programa Medicaid en concordancia con la ley de Wisconsin. Cualquier persona, entre ellas las instituciones financieras, las agencias de información crediticia o las instituciones educativas, están autorizadas a divulgar esta información, a menos que esté prohibido o restringido por la ley. Su autorización permanece en vigencia hasta que suceda una de los siguientes condiciones:

- Se rechace su solicitud de Medicaid.
- Finalice su elegibilidad para Medicaid.
- Le informe por escrito al Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud) que desea cancelar su autorización.

Asimismo, su firma en esta solicitud significa que comprende las preguntas y las declaraciones de este formulario de solicitud y que entiende las penalidades que se aplican por ofrecer información falsa o por romper las reglas. Al firmar esta solicitud, confirma, bajo pena de perjurio y falso testimonio, que todas sus respuestas son verdaderas y completas de acuerdo con su leal saber y entender, entre ellas la información proporcionada sobre el estado de inmigración y ciudadanía de cada miembro del grupo familiar que solicite beneficios.

También, que entiende y está de acuerdo en proporcionar los documentos que prueben lo que usted ha dicho.

Si usted está casado(a) y solicita Medicaid de Long-Term Care (cuidado a largo plazo) porque reside en una institución médica o solicita los servicios de cuidado a largo plazo en su hogar, su cónyuge se conoce como Cónyuge no afiliado.

Su Community Spouse (Cónyuge no afiliado) debe firmar la solicitud para que se considere una solicitud de Medicaid de Long-Term Care (cuidado a largo plazo) válida. Su cónyuge puede tener activos e ingresos adicionales sin que afecte su elegibilidad para Medicaid. Tanto usted como su cónyuge deben firmar su solicitud de Medicaid de Long-Term Care (cuidado a largo plazo), de lo contrario, se rechazará su solicitud. Su cónyuge tiene 30 días a partir de la fecha de su solicitud de Medicaid para firmarla.

FIRMA – Solicitante/Representante/Tutor/Poder notarial/Custodio	Fecha de la firma
FIRMA – Solicitante/Esposo para la comunidad/Representante/Tutor/Poder notarial/Custodio	Fecha de la firma
FIRMA – Testigo (Necesaria si arriba firmó con una "X")	Fecha de la firma
FIRMA – Testigo (Necesaria si arriba firmó con una "X")	Fecha de la firma

Nota: Si el solicitante firma con una "X", debe haber dos testigos de la firma.

Envíe las solicitudes o Documentos de respaldo/Verificaciones por correo o por fax

Si vive en el condado de Milwaukee:

MDPU
6055 N 64th St.
Milwaukee WI 53218

Fax: 888-409-1979

Si no vive en el condado de Milwaukee

CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547-5234

Fax: 855-293-1822

También puede escanear o cargar en línea las pruebas al access.wi.gov.

DESIGNAR, CAMBIAR O EXIMIR DE SU OBLIGACIÓN A UN REPRESENTANTE AUTORIZADO: PERSONA (APPOINT, CHANGE, OR REMOVE AN AUTHORIZED REPRESENTATIVE: PERSON)

Complete y envíe el formulario F-10126A “Designar, cambiar o eximir de su obligación a un representante autorizado: persona” para designar, cambiar o quitar a una persona la condición de ser su representante autorizado.

En cambio, para designar a una **organización** como su representante autorizado, complete y envíe el formulario **F-10126B: “Designar, cambiar o eximir de su obligación a un representante autorizado: organización”**.

Si tiene un tutor legal de bienes, un tutor legal de la persona y de los bienes o un cuidador, esa persona debe nombrar a un representante autorizado por usted en caso de que desee que otra persona además de su tutor o cuidador sea su representante autorizado. Si tiene poder notarial durable vigente para la administración de finanzas, usted o la persona con poder notarial puede nombrar a un representante autorizado.

Un tutor legal de la persona puede designar a un representante autorizado para usted solo si los documentos judiciales que designan al tutor legal de la persona le otorgan al tutor la autoridad para actuar en su nombre con su elegibilidad y beneficios en programas de asistencia pública.

Un poder notarial para atención médica no tiene la capacidad de actuar en su nombre para designar a un representante autorizado.

La información personal identificable proporcionada en este formulario solo se utilizará para la administración directa de Medicaid de Wisconsin, BadgerCare Plus, FoodShare, Family Planning Only Services y Caretaker Supplement.

Información sobre el representante autorizado

Un representante autorizado es una persona familiarizada con las circunstancias de su grupo familiar y en la que usted confía para que actúe en su nombre. Cualquiera puede actuar como su representante autorizado, **excepto** los siguientes casos:

- Las personas que no están calificadas por una violación intencionada al programa FoodShare no pueden actuar como representantes autorizados durante su período de descalificación, a menos que no haya otra persona que pueda actuar como tal.
- Los proveedores de comida para las personas sin hogar no pueden actuar como representantes autorizados para una unidad de alimentación de personas sin hogar. (Una unidad de alimentación consiste en una o más personas que viven juntas y compran o elaboran comidas juntas).
- Los empleados de la agencia que ayudan a determinar la elegibilidad o los beneficios no pueden actuar como representantes autorizados. Es posible que se les otorgue una aprobación especial por escrito para que actúen como representantes autorizados en ciertas circunstancias.
- Los vendedores minoristas que están autorizados a aceptar los beneficios de FoodShare no pueden actuar como representantes autorizados.

Una vez designado, su representante autorizado puede tomar cualquiera o todas las siguientes medidas en su nombre:

- Solicitar o renovar beneficios
- Informar cambios en su información
- Trabajar con una agencia en cuestiones relacionadas con sus beneficios
- Presentar quejas y apelaciones acerca de su elegibilidad para los programas que está solicitando o en los que está inscrito

También, puede elegir que su representante autorizado reciba copias de cartas sobre su elegibilidad y sus beneficios, reciba su tarjeta de ForwardHealth, trabaje con los Servicios para Miembros de ForwardHealth y su HMO (organización para el mantenimiento de la salud) en su nombre, y presente quejas y apelaciones sobre sus servicios de atención médica (por ejemplo, tratamiento y facturas).

No es necesario que tenga un representante autorizado para solicitar u obtener beneficios.

El representante autorizado que designe en este formulario puede actuar en su nombre para **cualquiera** de los siguientes programas: Medicaid de Wisconsin, BadgerCare Plus, FoodShare, Family Planning Only Services o Caretaker Supplement. Si está inscrito en alguno de estos programas **y** en Wisconsin Works (W-2), su representante autorizado también puede actuar en su nombre para W-2.

El representante autorizado que designe en este formulario **no puede** actuar en su nombre para el programa Wisconsin Shares Child Care Subsidy. Si presenta la solicitud para Wisconsin Shares, es necesario que presente la solicitud usted mismo.

Instrucciones para el formulario

Si hay información requerida que falta en este formulario, como alguna de las firmas, el formulario se considerará incompleto y su representante autorizado **no podrá** actuar en su nombre.

Sección 1: usted debe completar esta sección. Deberá elegir si designará, cambiará o quitará a una persona su condición de representante autorizado. También, deberá proporcionar su nombre y fecha de nacimiento, de modo que podamos identificarlo. Si designará o cambiará a un representante autorizado, elija si desea que su representante autorizado reciba copias de sus cartas. A su vez, si presenta una solicitud para un programa de atención médica o si está inscrito en uno, elija si permitirá que su representante autorizado tome más medidas en su nombre. No olvide leer y expresar su acuerdo con la autorización a la información médica protegida antes de marcar Sí. A continuación, lea las declaraciones de entendimiento. Si está de acuerdo, firme y feche el formulario.

Sección 2: su representante autorizado debe completar esta sección. Su representante autorizado deberá proporcionar su nombre e información de contacto. También, deberá leer las declaraciones de entendimiento y, si está de acuerdo con ellas, firmar y fechar el formulario.

Sección 3: si designará o cambiará a un representante autorizado, deberá contar con una persona, además de su representante autorizado, para que lo observe firmar este formulario. Esta persona se conoce como testigo. Si firma este formulario con una "X", se necesitarán dos testigos para que lo observen firmar el formulario. El testigo o los testigos deberán proporcionar los nombres, las firmas y la fecha en que firmaron el formulario.

Envío del formulario

Puede enviar el formulario completo mediante una de las siguientes formas:

En línea

Escanee todas las páginas del formulario y guárdelas en ACCESS. Puede hacer esto a través de su cuenta de ACCESS, en la que puede iniciar sesión en access.wi.gov.
(Nota: Si no tiene una cuenta de ACCESS, puede visitar access.wi.gov y crear una).

Nota: Solo puede escanear formularios y guardarlos en ACCESS en determinados momentos. Si no puede escanear el formulario y guardarlo en ACCESS, envíe el formulario mediante una de las otras formas.

Fax

- 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.

Para obtener más información sobre los representantes autorizados, visite el sitio web del DHS en www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm.

Correo postal

- Si vive en el **condado de Milwaukee**, envíe el formulario por correo a la siguiente dirección:
MDPU
6055 N. 64th St.
Milwaukee, WI 53218
- Si **no** vive en el condado de Milwaukee, envíe el formulario por correo a la siguiente dirección:
CDPU
P.O. Box 5234
Janesville, WI 53547

En persona

Lleve el formulario a su agencia. La información de contacto de su agencia se encuentra en el sitio web del Department of Health Services (DHS, Departamento de Servicios de Salud) de Wisconsin en dhs.wi.gov/im-agency.

SECCIÓN 1 A completar por el solicitante/miembro



Decidí realizar lo siguiente:

- Designaré un representante autorizado. Debe completar **toda** la Sección 1.
- Cambiaré a mi representante autorizado. Debe completar **toda** la Sección 1. Asegúrese de escribir el nombre de su nuevo representante autorizado en la Parte B.
- Eximiré de su obligación a mi representante autorizado. Debe completar las **Partes A y E** de la Sección 1. Deje en blanco las Partes B y C.

Parte A: Información personal

Nombre completo del solicitante/miembro (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Fecha de nacimiento	Número de caso (si corresponde)
---------------------	---------------------------------

Parte B: Información sobre la autorización

Designo a la siguiente persona para que actúe como mi representante autorizado:

Quiero que mi representante autorizado reciba copias de las cartas sobre mi elegibilidad y beneficios.

- Sí No

Parte C: Información adicional sobre la autorización - Solo para programas de atención médica (opcional)

Estoy solicitando la inscripción en un **programa de atención médica** o estoy inscrito en uno (por ejemplo, Medicaid de Wisconsin, BadgerCare Plus o Family Planning Only Services) y quiero que mi representante autorizado tome las siguientes medidas:

- Reciba la tarjeta de ForwardHealth en mi lugar.
- Me inscriba en una HMO.
- Hable con los Servicios para Miembros de ForwardHealth o mi HMO acerca de una factura, un servicio u otra información médica, incluida la información médica protegida. No olvide leer y expresar su acuerdo con la autorización de información médica protegida, detallada a continuación, antes de marcar Sí.
- Presentar quejas y apelaciones sobre mis servicios de atención médica (por ejemplo, tratamiento y facturas).

- Sí No

Autorización para usar y divulgar información médica protegida

Al marcar **Sí** arriba, autorizo al Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud) de Wisconsin y a sus contratistas, incluidas las HMO, a divulgar (compartir) mi información médica protegida con mi representante autorizado.

La información que autorizo a compartir puede incluir los siguientes contenidos: reclamos, registros médicos, atención por abuso de sustancias, atención reproductiva, salud mental, enfermedades contagiosas, servicios de farmacia, VIH/SIDA, registros dentales y discapacidades del desarrollo.

La información se comparte con el objetivo de que mi representante autorizado pueda ayudarme a administrar mis beneficios de atención médica.

Entiendo que cualquier información usada o compartida en virtud de esta autorización puede volver a ser compartida por la persona o entidad que la reciba y ya no estará protegida por las reglamentaciones federales de privacidad.

Comprendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a autorizar la divulgación de mi información médica protegida marcando No arriba. Marcar No no afectará la provisión de un tratamiento, el pago, la inscripción en un plan médico ni la elegibilidad para los beneficios, a menos que la autorización sea necesaria a fin de determinar la elegibilidad para el programa o la inscripción en él.

Esta autorización continuará hasta que exima de su obligación al representante autorizado en este formulario o hasta que comunique a mi agencia que ya no deseo que mi representante autorizado acceda a mi información médica protegida. Puedo comunicarme al respecto con mi agencia por escrito y en cualquier momento; no obstante, retirar la autorización no afectará la información médica protegida que ya se ha compartido.

Parte D: Declaraciones de entendimiento

Comprendo y expreso mi acuerdo con lo siguiente:

- Tengo derecho a elegir a cualquier persona que desee para que actúe como mi representante autorizado.
- Puedo cambiar o eximir de su obligación a mi representante autorizado en cualquier momento. Debo comunicar a mi agencia por escrito que deseo cambiar o eximir de su obligación a mi representante autorizado.
- No tengo la obligación de comunicarle mi decisión a la persona que eximiré de actuar como mi representante autorizado.
- El representante autorizado indicado en este formulario seguirá actuando como tal hasta que lo cambie o lo exima de su obligación.
- Mi representante autorizado tendrá acceso a mi información personal, como mi número de Seguro Social, mis estados financieros y mi información médica, para ayudarme a administrar mi elegibilidad. Si anteriormente expresé mi acuerdo con la autorización de información médica protegida, comprendo que mi representante autorizado también tendrá acceso a esta información para ayudarme a administrar mis servicios de atención médica (por ejemplo, tratamiento y facturas médicas).
- Debo proporcionar a mi representante autorizado información verdadera y precisa.
- Soy responsable de los errores y de la información incorrecta que comunica mi representante autorizado. Comprendo que, si mi representante autorizado o yo damos información falsa o retenemos información, es posible que me ocurra lo siguiente:
 - Deba pagar los beneficios que no debería haber recibido.
 - Deba pagar una multa.
 - Tenga prohibido participar en un programa.
 - Sea procesado por fraude.
- Al firmar este formulario, expreso que comprendo y estoy de acuerdo con las declaraciones anteriores.

Parte E: Firma y fecha



FIRMA—Solicitante/miembro

Fecha de la firma

SECCIÓN 2 A completar por el representante autorizado



Parte A: Información de contacto

Nombre del representante autorizado (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono (incluir el código de área)

Dirección de correo electrónico (opcional)

Parte B: Declaraciones de entendimiento

Comprendo y expreso mi acuerdo con lo siguiente:

- Como representante autorizado, estoy limitado a tomar cualquiera y todas las siguientes medidas en nombre del solicitante o miembro:
 - Solicitar o renovar beneficios
 - Informar cambios
 - Trabajar con la agencia del solicitante o miembro en cuestiones relacionadas con los beneficios
 - Presentar quejas y apelaciones relacionadas con la elegibilidad
- Se espera que esté familiarizado con las circunstancias del solicitante o miembro.
- El solicitante o miembro puede eximirme de actuar como su representante autorizado en cualquier momento.
- El solicitante o miembro no tiene la obligación de notificarme que se me ha eximido de actuar como su representante autorizado.
- Soy el representante autorizado del solicitante o miembro hasta que solicite un representante autorizado diferente o elija prescindir de uno.
- Debo proporcionar información verdadera y precisa.
- Si proporciono información errónea o falsa, el solicitante o miembro posiblemente deba pagar los beneficios de atención médica que recibió por error.
- Si violo intencionalmente las reglas del programa, debo pagar los beneficios de FoodShare que se usaron de manera incorrecta o que se recibieron por error.
- Debo respetar las leyes estatales y federales aplicables en relación con los conflictos de interés y la confidencialidad de la información.
- Al firmar este formulario, expreso que comprendo y estoy de acuerdo con las declaraciones anteriores.
- Al firmar este formulario, expreso que actuaré como el representante autorizado del solicitante o miembro indicado en la Sección 1.

Parte C: Firma y fecha

 FIRMA — Representante autorizado	Fecha de la firma
---	-------------------

SECCIÓN 3 A completar por los testigos



Nombre del testigo (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

 FIRMA — Testigo	Fecha de la firma
--	-------------------

Nombre del testigo (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) (si el solicitante/miembro firmó con una X)

 FIRMA — Testigo	Fecha de la firma
--	-------------------

NOMBRAR, CAMBIAR O QUITAR A UN REPRESENTANTE AUTORIZADO: ORGANIZACIÓN (APPOINT, CHANGE, OR REMOVE AN AUTHORIZED REPRESENTATIVE: ORGANIZATION)

Complete y envíe el formulario F-10126B, Nombrar, cambiar o quitar a un representante autorizado: organización, para nombrar, cambiar o quitar a una organización del rol de representante autorizado. Para modificar la persona de contacto de la organización, usted o la organización deben comunicarse con su agencia. Puede encontrar la información de contacto de su agencia local en el sitio web del Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud, DHS) de Wisconsin: dhs.wi.gov/im-agency.

En cambio, para nombrar a una **persona** como su representante autorizado, complete y envíe el formulario [F-10126A, Nombrar, cambiar o quitar a un representante autorizado: persona](#).

Si tiene un tutor legal de bienes, un tutor legal de la persona y de los bienes o un cuidador, esa persona debe nombrar a un representante autorizado por usted en caso de que desee que otra persona además de su tutor o cuidador sea su representante autorizado. Si tiene poder notarial durable vigente para la administración de finanzas, usted o la persona con poder notarial puede nombrar a un representante autorizado.

Un tutor legal de la persona puede designar a un representante autorizado para usted solo si los documentos judiciales que designan al tutor legal de la persona le otorgan al tutor la autoridad para actuar en su nombre con su elegibilidad y beneficios en programas de asistencia pública.

Un poder notarial para atención médica no tiene la capacidad de actuar en su nombre para designar a un representante autorizado.

La información personal identificable proporcionada en este formulario solo se utilizará para la administración directa de Medicaid de Wisconsin, BadgerCare Plus, FoodShare, Family Planning Only Services y Caretaker Supplement.

Información del representante autorizado

Un representante autorizado es una organización que está familiarizada con las circunstancias de su hogar y en quien confía para que actúe en su nombre. Cualquier persona puede desempeñarse como su representante autorizado, **excepto** las que se mencionan a continuación:

- Las personas que están descalificadas del programa FoodShare debido a una violación intencional no podrán desempeñarse como representantes autorizados durante el período de descalificación, a menos que no se cuente con ninguna otra persona para desempeñarse como representante autorizado.
- Los proveedores de comida para las personas sin hogar no pueden desempeñarse como representantes autorizados para una unidad de alimentación de personas sin hogar. (Una unidad de alimentación está compuesta por una o más personas que viven juntas, y compran y preparan sus comidas juntas).
- Los empleados de la agencia que ayuden a determinar la elegibilidad o los beneficios no pueden desempeñarse como representantes autorizados. Es posible otorgarles una aprobación especial por escrito para que puedan desempeñarse como representantes autorizados en determinadas situaciones.
- Los vendedores minoristas autorizados para aceptar beneficios de FoodShare no pueden desempeñarse como representantes autorizados, a excepción de los centros de tratamiento de Drogas y Alcohol que son vendedores minoristas autorizados.

Una vez que su representante autorizado haya sido nombrado, podrá llevar a cabo en su nombre todas las siguientes acciones:

- Solicitar beneficios o su renovación.
- Reportar cambios en su información.
- Trabajar junto a su agencia sobre cualquier asunto relacionado con sus beneficios.
- Presentar quejas y apelaciones sobre su elegibilidad para los programas donde está inscrito o donde se postula.

También puede decidir que su representante autorizado reciba copias de las cartas sobre su elegibilidad y sus beneficios.

No necesita tener un representante autorizado para solicitar u obtener beneficios. Para solicitar FoodShare mientras se encuentra en un centro de tratamiento de drogas y alcohol, un representante autorizado de la organización debe presentar la solicitud en su nombre.

El representante autorizado que nombre en este formulario puede actuar en su nombre en **cualquiera** de los siguientes programas: Medicaid de Wisconsin, BadgerCare Plus, FoodShare, Family Planning Only Services y/o Caretaker Supplement. Si está inscrito en alguno de estos programas **y** en Wisconsin Works (W-2), su representante autorizado también puede actuar en su nombre para W-2.

El representante autorizado que nombre en este formulario **no puede** actuar en su nombre para el Programa Wisconsin Shares Child Care Subsidy (Subsidio de cuidado infantil Wisconsin Shares). Si presenta una solicitud para Wisconsin Shares, debe hacerlo por su cuenta.

Instrucciones del formulario

Si este formulario no cuenta con toda la información requerida, incluidas cualquiera de las firmas, se considerará incompleto y su representante autorizado **no podrá** actuar en su nombre.

Sección 1: Debe completar la Sección 1. Tendrá que escoger si nombrará, cambiará o quitará a un representante autorizado. También tendrá que proporcionar su nombre y su fecha de nacimiento para que podamos identificarlo. Si nombrará o cambiará a un representante autorizado, decida si quiere que el representante obtenga copias de sus cartas. Luego, lea las declaraciones de entendimiento. Si está de acuerdo, firme y feche el formulario.

Sección 2: Una persona que pueda actuar en nombre de la organización debe completar la Sección 2. La persona tendrá que proporcionar el nombre y la información de contacto de la organización y también la propia. La persona también tendrá que leer las declaraciones de entendimiento, y firmar y fechar el formulario si la organización y la persona de contacto están de acuerdo con estas declaraciones.

Sección 3: Si nombrará o cambiará a un representante autorizado, tendrá que contar con otra persona, además de su representante autorizado, para que esté presente cuando firme este formulario. Esta persona se denomina testigo. Si firma este formulario con una "X", tendrá que contar con dos testigos presentes cuando firme el formulario. El testigo o los testigos tendrán que proporcionar su nombre, su firma y la fecha en la que firmaron el formulario.

Presentación del formulario

Puede presentar su formulario completo de una de las siguientes maneras:

En línea

Escanee todas las páginas del formulario para ACCESS. Puede hacerlo a través de su cuenta ACCESS, en la que puede iniciar sesión en access.wi.gov. **(Nota:** Si no tiene una cuenta ACCESS, puede dirigirse a access.wi.gov y crear una).

Nota: Solo pueden escanear formularios para ACCESS en horarios específicos. Si no puede escanear los formularios para ACCESS, presente el formulario mediante otro medio.

Por correo

- Si vive en el **condado de Milwaukee**, envíe el formulario por correo a la siguiente dirección:
MDPU
6055 N. 64th St.
Milwaukee, WI 53218
- Si **no** vive en el condado de Milwaukee, envíe el formulario por correo a la siguiente dirección:
CDPU
P.O. Box 5234
Janesville, WI 53547

Fax

- 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.

En persona

Lleve el formulario a su agencia. Puede encontrar la información de contacto de su agencia local en el sitio web del DHS: dhs.wi.gov/im-agency.

Para obtener más información sobre los representantes autorizados, diríjase al sitio web del DHS:
www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm.

SECCIÓN 1

Para que la complete el solicitante/miembro



Haré lo siguiente:

- Nombrar a un representante autorizado. Debe completar **la totalidad** de la Sección 1.
- Cambiar a mi representante autorizado. Debe completar **la totalidad** de la Sección 1. Asegúrese de escribir el nombre del nuevo representante autorizado en la Parte B.
- Quitar a mi representante autorizado. Debe completar la **Parte A y la Parte D** de la Sección 1. Deje sin completar la Parte B.

Parte A: Información personal

Nombre – Solicitante/Miembro (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)

Fecha de nacimiento	Número de caso (si corresponde)
---------------------	---------------------------------

Parte B: Información sobre la autorización

Nombre a la siguiente organización para que sea mi representante autorizado:

Deseo que mi representante autorizado reciba copias de las cartas sobre mi elegibilidad y mis beneficios. Tenga en cuenta que las cartas se enviarán a la persona de contacto de la organización.

- Sí
- No

Parte C: Declaraciones de entendimiento

Entiendo y estoy de acuerdo con las siguientes declaraciones:

- Tengo el derecho de escoger cualquier organización que desee para que sea mi representante autorizado.
- Puedo cambiar o quitar a mi representante autorizado en cualquier momento. Debo informarle a mi agencia por escrito que deseo cambiar o quitar a mi representante autorizado.
- No tengo que comunicarle a la organización que dejará de ser mi representante autorizado.
- El representante autorizado que aparezca en este formulario será mi representante autorizado hasta que lo cambie o lo quite.
- Los representantes autorizados del Centro de tratamiento de drogas y alcohol serán eximidos de su función como representantes una vez que el cliente sea dado de alta. Presentar este documento para dar término a la autorización del representante autorizado es opcional.
- Mi representante autorizado tendrá acceso a mi información personal, como mi número del Seguro Social, estados financieros e información médica, para poder ayudarme a administrar mi elegibilidad.
- Debo proporcionarle información verdadera y precisa a mi representante autorizado.
- Soy responsable de cualquier error o información incorrecta que informe mi representante autorizado. Comprendo que, en caso de que yo o mi representante autorizado presentemos información falsa u ocultemos información, puede suceder lo siguiente:
 - Que deba reembolsar los beneficios que no me correspondían.
 - Que deba pagar una multa.

- Que sea expulsado del programa.
 - Que sea acusado de fraude.
- Al firmar este formulario, afirmo que comprendo y estoy de acuerdo con las declaraciones anteriores.

Parte D: Firma y fecha



FIRMA — Solicitante/Miembro

Fecha de la firma

SECCIÓN 2 Para que la complete el representante autorizado



Parte A: Información de contacto

Nombre — Organización

Dirección

Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono (incluya el código de área)
--------	--------	---------------	--

Nombre — Contacto de la organización (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Puesto de trabajo — Contacto de la organización	Dirección de correo electrónico — Contacto de la organización (opcional)
---	--

Parte B: Declaraciones de entendimiento

Entiendo y estoy de acuerdo con las siguientes declaraciones:

- Estoy autorizado a actuar en nombre de la organización que se menciona en la Parte A de la Sección 2.
- Como representante autorizado, la organización está limitada a llevar a cabo cualquiera de las siguientes acciones en nombre del solicitante o miembro:
 - Solicitar beneficios o su renovación.
 - Informar cambios.
 - Trabajar con la agencia del solicitante o miembro sobre cualquier asunto relacionado con los beneficios.
 - Presentar quejas y apelaciones en relación con la elegibilidad.
- Se espera que la organización esté familiarizada con las circunstancias del solicitante o miembro.
- La organización debe informarle a la agencia del solicitante o miembro acerca de cualquier cambio con respecto al contacto que se menciona en la Parte A de la Sección 2.
- El solicitante o miembro puede hacer que la organización deje de ser su representante autorizado en cualquier momento.
- No es necesario que el solicitante o miembro notifique a la organización cuando la quite y deje de desempeñarse como su representante autorizado.
- La organización será el representante autorizado del solicitante o miembro hasta que soliciten un nuevo representante autorizado o escojan ya no contar con uno.
- La organización y cualquier persona que actúe en su nombre deben proporcionar información verdadera y precisa.
- Si la organización proporciona información imprecisa o falsa, es posible que el solicitante o miembro tenga que reembolsar cualquier beneficio de cuidado de la salud que haya recibido por error.
- Si la organización viola las normas del programa de forma intencional, deberá reembolsar cualquier beneficio de FoodShare que se haya usado de manera incorrecta o recibido por error.

- La organización y cualquier persona que actúe en su nombre deben acatar las leyes y las regulaciones estatales y federales correspondientes, incluidos el Título 42 del C.F.R., Parte 431, Subparte F; el Título 42 del C.F.R., Sección 447.10; el Título 45 del CFR, Sección 155.260(f) y el Título 7 del C.F.R. Parte 273.2(n)(4), con respecto a los conflictos de intereses y la confidencialidad de la información.
- Al firmar este formulario, afirma que comprendo y estoy de acuerdo con las declaraciones anteriores en nombre de la organización mencionada en la Parte A de la Sección 2.
- Al firmar este formulario, afirma que la organización mencionada en la Parte A de la Sección 2 se desempeñará como representante autorizado del solicitante o miembro mencionado en la Sección 1.

Parte C: Firma y fecha

 FIRMA — Contacto de la organización	Fecha de la firma
--	-------------------

SECCIÓN 3 Para que la complete(n) el/los testigo(s)



Nombre – Testigo (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

 FIRMA — Testigo	Fecha de la firma
--	-------------------

Nombre – Testigo (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre) (si el solicitante/miembro firmó con una X)

 FIRMA — Testigo	Fecha de la firma
--	-------------------

REPORTE DE CAMBIOS DE MEDICAID (MEDICAID CHANGE REPORT)

Si usted recibe Medicaid, usted tiene que reportar cualquier cambio en la composición del hogar (si alguien se muda dentro o fuera de su hogar, si alguien se casa, sale embarazada o da a luz), un cambio de dirección, en los ingresos, en los activos o en su situación de empleo **dentro de 10 días**. Si este reporte no proporciona suficiente espacio para documentar un cambio, adjunte una hoja de papel con la información adicional presentada por escrito. Usted también puede reportar cambios en línea en ACCESS.wi.gov, por teléfono o en persona.

Si usted no reporta cualquier cambio o si provee información falsa, podría recibir una multa, tener que reembolsar cualquier beneficio de *Medicaid* que usted reciba por error (aún si usted no uso su tarjeta), ser enjuiciado o las tres cosas. Usted tal vez tenga que proveer pruebas para cualquiera de los cambios que usted reporte.

La información personal identificable será sólo usada para la administración directa del programa *Medicaid*.

Su nombre	Número del caso	Encargado(a) del caso
-----------	-----------------	-----------------------

SECCIÓN 1 – CAMBIO DE DIRECCIÓN

Si usted se ha mudado, tiene que reportar su nueva dirección

Fecha del cambio	Nuevo número de teléfono		
Dirección nueva – calle	Ciudad	Estado	Código postal

SECCIÓN 2 – CAMBIO EN LA COMPOSICIÓN DEL HOGAR

Usted tiene que informar si alguien se muda dentro o fuera de la casa, si alguien se casa, sale embarazada, o de a luz (incluya información sobre la persona que dio a luz y el recién nacido.)

Nombre(s) (apellido, nombre, inicial)	Fecha del cambio	
Número de seguro social (SSN)*	Fecha de nacimiento	Relación con la cabeza de familia
Describa el cambio		

*Proveer o solicitar un SSN es voluntario. Sin embargo, cualquier persona que quiera *Medicaid* de Wisconsin pero no quiera proveer su SSN o solicitar uno, no será elegible para beneficios, conforme a *Wisc. Stats. Section 49.82(2)*.

SECCIÓN 3 – CAMBIO EN LOS ACTIVOS

Usted tiene que reportar los cambios en el hogar relativos a dinero en efectivo, cuentas de banco, bonos, acciones, u otros bienes.

Nombre del propietario (apellido, nombre, inicial)	Fecha del cambio	
Tipo de activo	Describa el cambio	Valor o cantidad actual \$

SECCIÓN 4 – CAMBIO EN LOS RECURSOS/INGRESOS

Usted tiene que reportar cualquier cambio en los ingresos o recursos que usted y/o su esposo hayan cedido o vendido por menos del valor justo del mercado. Ejemplos de recursos incluyen de dinero en efectivo, bienes raíces, acciones o bonos, una herencia, etc.

Tipo de activos o ingresos	Fecha que fueron vendidos o cedidos	Valor de los activos o ingresos \$
¿Qué obtuvo usted a cambio?		

SECCIÓN 5 – CAMBIO EN LOS VEHÍCULOS

Usted tiene que informar si obtiene, vende o cede un carro, camión, motocicleta, bote, motor de nieve, u otro tipo de vehículo.

Nombre del propietario (apellido, nombre, inicial)	Fecha del cambio		
Tipo de vehículo	Marca	Modelo	Año
Describa el cambio (compró, vendió, etc.)	Cantidad recibida \$	Valor justo del mercado* \$	Cantidad adeudada \$

* Nos referimos al valor justo del mercado a la cantidad que usted obtendría si vendiera el vehículo en el mercado libre.

SECCIÓN 6 – CAMBIO EN LOS INGRESOS

Usted tiene que reportar los cambios en la cantidad de ingreso bruto, una fuente nueva de ingreso, cambios en su situación laboral (de medio tiempo a tiempo completo o de tiempo completo a tiempo medio, pérdida de empleo), cambios en el salario o en el pago, cambios en la cantidad de Seguro Social, Seguro de Desempleo, Compensación del Trabajador, beneficios de Veteranos o cualquier otro cambio en la cantidad de dinero que el hogar reciba.

Nombre (apellido, nombre, inicial)	Fecha en que cambió el ingreso
Fuente de ingreso	Cantidad mensual \$
Frecuencia de pago	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Una vez al mes

SECCIÓN 7 – OTROS CAMBIOS

Usted tiene que informar cualquier otro cambio que pueda afectar su elegibilidad para *Medicaid*. Ejemplos de otros cambios incluyen alguien que obtenga o cancele seguro médico, alguien que quede discapacitado o se recupere de una discapacidad. Un cambio también puede ser un cambio en los gastos como por ejemplo el aumento o rebaja de sus primas de seguro médico, costos médicos o costos de vivienda.

Describa el cambio
Fecha del Cambio
¿Espera usted que los cambios que usted reportó en este formulario permanezcan igual el próximo mes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si responde no, explique

SECCIÓN 8 – FIRMA

- Sí No Entiendo que hay sanciones que se aplican por encubrir información o dar información falsa.
- Sí No Entiendo que podría tener que re-embolsar cualquier beneficio que yo reciba por no reportar cambios de circunstancias (aún sin haber usado mi tarjeta de *Medicaid*).
- Sí No Estoy de acuerdo en proveer pruebas sobre cualquier cambio, si se me pide hacerlo.
- Sí No Mis respuestas en este reporte son correctas y de forma completa de acuerdo con mi leal saber y entender.

FIRMA – Solicitante/Representante/Tutor/Poder Notarial/Guardián

Fecha de la firma

Número de Teléfono (incluyendo código área)

Si este informe no proporciona suficiente espacio para documentar un cambio, adjunte una hoja de papel con la información adicional presentada por escrito.

Enviar solicitudes y/o verificaciones/pruebas por correo o fax

If you live in Milwaukee County:

MDPU
6055 N. 64th St.
Milwaukee, WI 53218

Fax: 1-888-409-1979

If you **do not** live in Milwaukee County

CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547-5234

Fax: 1-855-293-1822

También puede escanear y/o subir cualquier prueba por Internet en ACCESS.wi.gov.

Las agencias estatales o locales del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) y del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR), y sus subreceptores deben publicar la siguiente Declaración de No Discriminación:

No envíe solicitudes por este medio.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Personas con discapacidad que requieran medios alternos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), debe ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877- 8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA que puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDAProgramComplaintForm-Spanish-Section508Compliant.pdf> en cualquier oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse por:

- (1) correo:**
Food and Nutrition Service, USDA 1320 Braddock Place, Room 334 Alexandria, VA 22314; o
- (2) fax:**
(833)-256-1665 , o (202)-690-7442; o
- (3) correo electrónico:**
FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

No envíe solicitudes por este medio.

Nondiscrimination Notice: Discrimination is Against the Law – Health Care-Related Programs

El Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud) de Wisconsin cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo (lo que incluye embarazo, identidad de género y orientación sexual). El Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud) no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo.

Department of Health Services:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Department of Health Services civil rights coordinator (844-201-6870).

Si considera que Department of Health Services no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: Department of Health Services, Attn: Civil Rights Coordinator, 201 E. Washington Ave., Room E200B, PO Box 7850, Madison, WI 53707-7850, 608-267-4955, TTY: 711, Fax: 608-267-1434, dhscrc@dhs.wisconsin.gov. Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Department of Health Services civil rights coordinator está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE.UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-201-6870 (TTY: 711).	Deitsch (Pennsylvania Dutch) Wann du Deitsch (Pennsylvania Dutch) schwetszsch, kannscht du ebber grieye as dich helfe kann mit Englisch, unni as es dich ennich eppes koschte zellt. Ruf 844-201-6870 uff (TTY: 711).
Hmoob (Hmong) LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 844-201-6870 (TTY: 711).	ລາວ (Laotian) ເຊີ້ນອົບ: ຖ້າທ່ານວ່າພາສາວ່າວ່າ ດູມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ບໍ່ໄສຍ່າຍ້ອງໃຫ້ຫ່າງນີ້. ໃຫ້ໃຫ້ທ່ານເປີ 844-201-6870 (TTY: 711).
繁體中文 (Traditional Chinese) 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 844-201-6870 (TTY: 711).	Français (French) ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 844-201-6870 (ATS : 711).
Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 844-201-6870 (TTY: 711).	Polski (Polish) UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 844-201-6870 (TTY: 711).
العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك بالمجان. اتصل برقم 844-201-6870 (رقم هاتف الصمم والبكم: 711).	हिन्दी (Hindi) ध्यान दें: यदि आप हिन्दी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 844-201-6870 (TTY: 711) पर कॉल करें।
Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 844-201-6870 (телефон: 711).	Shqip (Albanian) KUJDES: Nëse flisni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 844-201-6870 (TTY: 711).
한국어 (Korean) 알림: 한국어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-201-6870 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.	Tagalog (Tagalog – Filipino) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 844-201-6870 (TTY: 711).
Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 844-201-6870 (TTY: 711).	Soomaali (Somali) FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadashid af Soomaali, adeegyada caawinta luuqada, oo bilaash ah, ayaa laguu heli karaa. Soo wac 844-201-6870 (TTY: 711).