

**SOLICITUD Y RENOVACIÓN DEL WISCONSIN WELL WOMAN MEDICAID**  
**WISCONSIN WELL WOMAN MEDICAID APPLICATION AND RENEWAL**

Use este formulario para inscribirse o renovar su inscripción en el plan Wisconsin Well Woman Medicaid. Si se trata de una solicitud inicial para inscribirse en el Wisconsin Well Woman Medicaid, la persona ya debe estar inscrita en uno de los programas que se indican a continuación. Por favor verifique el programa en el que se encuentran inscritos actualmente.

Family Planning Only Services o BadgerCare Plus  Wisconsin Well Woman Program (ver más abajo)

Si está inscrito en el Wisconsin Well Woman Program, deberá adjuntar a este formulario una copia del formulario Wisconsin Well Woman Health Screening (F-44818).

Si se trata de una renovación del Well Woman Medicaid, marque la casilla siguiente.  Renovación

La información de identificación personal y los números de Seguro Social se utilizan solo para la administración directa del programa Medicaid. Cualquier persona que desee solicitar Medicaid de Wisconsin pero no proporcione su número de Seguro Social ni solicite uno no podrá obtener beneficios, de conformidad con Wis. Stat. § 49.82 (2).

**Parte A: Información sobre el solicitante o miembro:** Para inscribirse o renovar la inscripción, el solicitante o miembro debe completar esta sección en su totalidad. Los formularios incompletos (incluidos los formularios sin firmar) serán devueltos, lo que puede causar retrasos en la inscripción. Para inscribirse, el solicitante debe ser ciudadano estadounidense o inmigrante calificado, residente de Wisconsin y menor de 65 años.

**PARTE A: INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE O MIEMBRO**

|   |                                |  |   |                     |
|---|--------------------------------|--|---|---------------------|
| Nombre: Solicitante o miembro (apellido, nombre, inicial)   | Nombre anterior (o de soltera) | Número de Seguro Social                | Número de identificación de miembro   |                     |
| Dirección   | Ciudad                         | Estado                                 | Código postal   | Fecha de Nacimiento |
| <b>FIRMA:</b> Solicitante o miembro   | Fecha de la firma              | Número de teléfono                     | ¿Ciudadano de los EE. UU.?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |                     |
| Si <b>no es</b> ciudadano de los EE. UU., proporcione lo siguiente:   |                                |  |   |                     |
| Tipo de documento de inmigración  |                                | Número de identificación del documento |   |                     |
| ¿Tiene un seguro médico privado principal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, complete lo siguiente: |                                |  |   |                     |
| Compañía  |                                | Número de póliza                       | Número de teléfono  |                     |

¿Necesita ayuda para pagar los gastos médicos de los últimos tres meses?

De hace un mes  De hace dos meses  De hace tres meses

Puede recibir los beneficios Wisconsin Well Woman Medicaid hasta tres meses antes del mes en que los solicitó, si cumplió con todas las reglas del programa durante estos meses. **Nota:** Solicitar cobertura retroactiva para el Wisconsin Well Woman Medicaid no garantiza que estará inscrita en este programa durante los meses en que solicitó beneficios retroactivos. La inscripción en el Wisconsin Well Woman Medicaid no comienza hasta el mes en que le diagnosticaron la afección.

**Parte B – Proveedor de diagnóstico:** Esta sección la debe completar el proveedor de diagnóstico del Wisconsin Well Woman Program o BadgerCare Plus que atestigüe la recomendación de detección, diagnóstico y tratamiento para la solicitante anterior. La información incompleta o ilegible puede provocar que se devuelva el formulario o retrasar la inscripción.

**Proveedor recertificador:** Esta sección la debe completar el proveedor del Wisconsin Well Woman Program o del BadgerCare Plus en el momento de la renovación. Complete la Parte B y firme y feche el formulario.

**PARTE B – PROVEEDOR DE DIAGNÓSTICO O RECERTIFICACIÓN: DEBE SER UNA ENFERMERA PRACTICANTE (NP), UNA ENFERMERA ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA CLÍNICA (CNS), UNA ENFERMERA PARTERA CERTIFICADA (CNM), UN ASISTENTE MÉDICO (PA), UN MÉDICO (MD) O UN DOCTOR EN MEDICINA OSTEOPÁTICA (DO)**

|   |                       |   |                    |               |
|---|-----------------------|---|--------------------|---------------|
| Nombre (apellido, nombre, inicial)  |                       | Credenciales  |                    |               |
| Dirección: Proveedor de diagnóstico   |                       | Ciudad  | Estado             | Código postal |
| Fecha de la evaluación  | Fecha del diagnóstico | Verificar el diagnóstico de este solicitante o miembro<br><input type="checkbox"/> Cáncer de mama <input type="checkbox"/> Cáncer cervical<br><input type="checkbox"/> Afección precancerosa de la mama o el cuello uterino |                    |               |
| <input type="checkbox"/> Doy fe de que el solicitante o miembro <b>necesita</b> tratamiento continuo o monitoreo de vigilancia para el diagnóstico anterior, o<br><input type="checkbox"/> Doy fe de que el solicitante o miembro <b>ya no necesita</b> tratamiento continuo ni monitoreo de vigilancia |                       |   |                    |               |
| FIRMA o credenciales: Proveedor que diagnostica o certifica   |                       | Fecha de la firma   | Número de teléfono |               |

**Envíe su solicitud o renovación completa a EM CAPO por:**

- Correo electrónico: [dhsemcapo@dhs.wisconsin.gov](mailto:dhsemcapo@dhs.wisconsin.gov),
- Fax: 608-267-3381, or
- Correo: WI DHS – EM CAPO, 1 W. Wilson Street, PO Box 309, Madison, WI 53701.

**PARTE C – INSCRIPCIÓN TEMPORAL O ELEGIBILIDAD PRESUNTA:** Esta sección la debe completar el proveedor de diagnóstico. Para estar inscrita temporalmente en el plan Wisconsin Well Woman Medicaid, la solicitante **debe** ser ciudadana estadounidense y estar inscrita en el Wisconsin Well Woman Program. Envíe por fax las solicitudes de inscripción temporal o elegibilidad presunta al 608-221-8815.

|  |   |
|--|---|
| Fecha de inicio (fecha de diagnóstico) | Fecha de finalización (último día del mes siguiente al mes del diagnóstico) |
|--|---|

WI. Stat. §§ 49.473, 49.45 (4).

**SI RECIBE WISCONSIN WELL WOMAN MEDICAID**, presente su tarjeta ForwardHealth cada vez que vaya a sus proveedores del Wisconsin Well Woman Medicaid, como médicos, hospitales, farmacias o dentistas. No hay copagos para las personas inscritas en Wisconsin Well Woman Medicaid. Si tiene preguntas sobre su inscripción, comuníquese con el programa Wisconsin Well Woman Medicaid. Si tiene preguntas sobre sus beneficios cubiertos, comuníquese con servicios para miembros al 800-362-3002.

**RESPONSABILIDADES**

Debe proporcionar información veraz y completa. Si recibe Wisconsin Well Woman Medicaid, no debe intercambiar, vender ni alterar su tarjeta de ForwardHealth, ni usar la tarjeta de otra persona. Usted debe informar a la agencia cualquier seguro o indemnización a terceros que pueda ser responsable de pagar por su atención médica.

**INFORMES DE CAMBIOS**

Si está inscrita en el Wisconsin Well Woman Medicaid, debe informar a la agencia **dentro de los 10 días** si:

- Cumplió 65 años.
- Si se mudó fuera del estado.
- Cambió de dirección.
- Ya no necesita tratamiento para el cáncer de mama o de cuello uterino.
- Obtuvo un seguro de salud que pague su tratamiento contra el cáncer.
- Obtuvo la Parte A o la Parte B de Medicare o ambas.

Informar los cambios a la agencia de cualquiera de las siguientes maneras:

- Teléfono: 608-266-1720 or 877-246-2276
- Correo electrónico: [dhsemcapo@dhs.wisconsin.gov](mailto:dhsemcapo@dhs.wisconsin.gov)
- Fax: 608-267-3381
- Correo: WI DHS – EM CAPO, 1 W. Wilson Street, PO Box 309, Madison, WI 53701

**DERECHOS**

Las leyes estatales y federales garantizan los derechos de los solicitantes y los miembros, incluido el derecho a:

- Ser tratado con respeto por los empleados del estado.
- Confidencialidad de toda la información dada a las agencias para determinar la inscripción. (Esto no prohíbe el uso de dicha información para la administración del programa).
- Tener acceso a los registros y los archivos de la agencia relacionados con su caso, excepto la información obtenida por la agencia local bajo una promesa de confidencialidad.
- Permanecer inscrita en el Wisconsin Well Woman Medicaid incluso si está temporalmente ausente del estado y sigue siendo residente de Wisconsin.
- Una determinación rápida del estado de inscripción y notificación previa de los cambios propuestos en dicho estado.

- Solicitar adaptaciones razonables para participar en el programa por un motivo relacionado con una discapacidad, o el derecho a solicitar intérpretes o traductores para participar en el programa.
- Apelar cualquier acción tomada con respecto a su solicitud o beneficios con la que no esté de acuerdo solicitando una audiencia imparcial.

### **AUDIENCIA IMPARCIAL**

Usted tiene derecho a una audiencia imparcial si cree que ha habido una decisión equivocada sobre su solicitud o beneficios. Puede obtener la solicitud de audiencia imparcial (Request for Fair Hearing) en [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm). Puede enviar el formulario o una carta solicitando una audiencia a la Division of Hearings and Appeals, PO Box 7875, Madison, WI 53707-7875, o por fax al 608-264-9885. La Division of Hearings and Appeals debe recibir su solicitud a más tardar 45 días después de la fecha de la acción. Consulte el manual de inscripción y beneficios de ForwardHealth o su carta de inscripción para obtener más información sobre el proceso de audiencia imparcial. Recibirá su manual poco después de presentar la solicitud. También puede encontrar el manual en [www.dhs.wisconsin.gov/library/p-00079.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/library/p-00079.htm).

### **AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN DEL HHS**

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), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, ni actúa en represalia o venganza por actividades anteriores de derechos civiles. 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.

El 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 el coordinador de derechos civiles del Department of Health Services al 844-201-6870.

Si considera que el 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 (incluidas la identidad de género y la orientación sexual), el credo religioso, la discapacidad, la edad, las convicciones políticas o las represalias por actividades anteriores en materia de derechos civiles, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: Department of Health Services, Attn: Civil Rights Coordinator, 1 West Wilson Street, Room 651, PO Box 7850, Madison, WI 53707-7850, 608-267-4955, TTY: 711, Fax: 608-267-1434, [dhscrc@dhs.wisconsin.gov](mailto:dhscrc@dhs.wisconsin.gov). Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, el coordinador de derechos civiles del Department of Health Services 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  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

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