|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Medicaid Services  F-20582BS (03/2023) | | **STATE OF WISCONSIN**  Federal Regulation 42 CFR § 435.225 & 435.916 | | | | | | |
| **RENOVACIÓN DEL KATIE BECKETT MEDICAID**  **Acción requerida: sus beneficios se deben renovar**  **(KATIE BECKETT MEDICAID RENEWAL**  **Action Required: Your Benefits are Due for Renewal)** | | | | | | | | |
| Apellido del menor | Nombre del menor | | | Inicial del segundo nombre del menor | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) | | | Sexo |
|  |  | | |  |  | | | M  F |
| Dirección | | | Ciudad | | | Estado | Código postal | |
|  | | |  | | |  |  | |
| Condado | | | Número de teléfono (incluir código de área) | | | | | |
|  | | |  | | | | | |
| ¿El menor tiene algún ingreso mensual personal?  Sí  No  En caso afirmativo, indique la fuente y cantidad. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Complete lo siguiente | | | | | | | |
| **Padre/Tutor 1** | | | | | | | |
| Nombre/Parentesco | | | Correo electrónico | | | | |
|  | | |  | | | | |
| Dirección (si difiere de la información del menor) | | | Ciudad | | | Estado | Código postal |
|  | | |  | | |  |  |
| Número de teléfono de la casa (incluir código de área) | Número de teléfono celular  (incluir el código de área) | | | Número de teléfono del trabajo  (incluir el código de área) | | | |
|  |  | | |  | | | |
| **Padre/Tutor 2** | | | | | | | |
| Nombre/Parentesco | | | Correo electrónico | | | | |
|  | | |  | | | | |
| Dirección | | | Ciudad | | | Estado | Código postal |
|  | | |  | | |  |  |
| Número de teléfono de la casa  (incluir código de área) | Número de teléfono celular  (incluir el código de área) | | | Número de teléfono del trabajo  (incluir el código de área) | | | |
|  |  | | |  | | | |
| Al firmar a continuación, verifica que todas las respuestas son completas y verdaderas a su leal saber y entender. No firmar  este formulario (por teléfono, de forma electrónica o con una firma manuscrita) impedirá el procesamiento de la determinación  de renovación de elegibilidad.  Los formularios que requieran la firma de los padres tienen que estar firmados por el padre/madre o tutor con autoridad legal sobre el menor. Esto aplica incluso si se trata de otra persona que está más familiarizada con las necesidades del menor. **Además, los niños  de 18 años o más también deben firmar.**  **Si necesita ayuda o desea enviar estos formularios de forma electrónica, puede llamar a un especialista en elegibilidad  al 888-786-3246 o enviar un correo electrónico a DHSKatieBeckett@dhs.wisconsin.gov.** | | | | | | | |
| Persona que completa el formulario – Nombre | | **FIRMA** | | | Fecha en que se completó | | |
|  | |  | | |  | | |

|  |
| --- |
| Parentesco – Se necesita una copia de los papeles de tutela/adopción si no es el padre biológico del menor. |
|  |

**ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-786-3246 (TTY: 711).

**LUS CEEV:** Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-888-786-3246 (TTY: 711).