

## Por favor, lea este importante aviso para la renovación de Medicaid

**Please Read This Important Notice About Re-Enrolling For Medicaid**

Para:

Estimado Padre/Madre/Tutor:

Debe renovar el registro para Medicaid de las siguientes personas: \_\_\_\_\_.

Sírvase completar y firmar el formulario adjunto y devolverlo al Departamento de Servicios Sociales del condado antes de \_\_\_\_\_.

### Instrucciones especiales para completar el formulario:

- Complete cada uno de los ítems de la solicitud adjunta (DMA-5063).
- Si usted desea solicitar Medicaid o NC Health Choice (Opciones de Salud) para miembros de su familia que no aparecen en la lista, coloque un asterisco (\*) a la izquierda de los nombres en el ítem 2.
- Si usted renueva esta solicitud o solicita Medicaid para una persona de 19 años de edad o mayor, usted también debe completar y presentar el formulario adjunto DMA-5065.
- Si usted solicita asistencia para una mujer embarazada, debe presentar documentación del embarazo.
- Incluya prueba de ingresos. Incluya su número telefónico o un número donde se lo pueda contactar si no tiene teléfono.
- Lea sus derechos y responsabilidades que aparecen al reverso de la página.
- Firme el formulario y escriba la fecha.

### \* Dónde enviar el formulario de renovación de Medicaid

- Se incluye un sobre con la dirección impresa para que usted envíe el formulario firmado y la documentación por correo al departamento de servicios sociales. Usted debe devolver el formulario antes de la fecha límite indicada arriba, para asegurar que Medicaid continúe. Si no se envía el formulario y la documentación, Medicaid podría terminar en \_\_\_\_\_.

### \* Notificación de decisión

- Servicios Sociales le notificará lo antes posible de la continuidad de Medicaid o NC Health Choice. Si se necesita información adicional, o si tiene que hacer un pago por la renovación de solicitud (en casos de NC Health Choice for Children), usted será notificado por el departamento de servicios sociales. Asegúrese de aportar la información adicional solicitada para que no se demoren ni interrumpan los beneficios.

### \* ¿Preguntas?

- Si usted tiene preguntas acerca de la renovación de Medicaid o NC Health Choice, llame a \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ Departamento de Servicios Sociales del condado. El número es \_\_\_\_\_. Usted puede llamar al número gratuito del Departamento de Salud y Servicios Humanos de NC, a través de la línea de Información y Referencia a Servicios CARE-LINE, 1-800-662-7030. Hay disponible una línea TTY para personas sordas y con impedimentos de audición al teléfono gratuito 1-800-976-1922.

\* **Transporte** - Las personas con derecho a Medicaid pueden tener derecho a la asistencia con transporte para asistir a la consulta médica. Sírvase contactar al departamento de servicios sociales si tiene preguntas.

## **DERECHOS Y RESPONSABILIDADES – ¡LEA CUIDADOSAMENTE!**

### **USTED TIENE DERECHO A:**

Solicitar asistencia, y si la determinan inelegible, usted puede volver a solicitar en cualquier momento.

Estar protegido contra discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, religión, edad o discapacidad.

Que toda información aportada a la agencia, sea confidencial.

Retirarse del programa de asistencia en cualquier momento, incluso si no desea que su número de seguro social sea almacenado en una computadora o combinado con otra información almacenada en una computadora.

Recibir asistencia, si se lo considera con derecho a ello.

### **Apelar frente al departamento local de servicios sociales y la División Estatal de Servicios Sociales para audiencia si:**

A usted se le niega el derecho a solicitar o resolicitar asistencia.

Usted fue incitado a cancelar la solicitud.

Su solicitud no fue tratada en el debido tiempo.

Su solicitud fue negada y usted considera que la decisión no es correcta.

Se le dio la ayuda incorrecta, según la interpretación del condado de las reglamentaciones estatales.

**El Departamento de Salud y Servicios Humanos de NC no discrimina por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, religión, edad o discapacidad en empleo ni provisión de servicios.**

### **SUS RESPONSABILIDADES**

Su firma en el formulario de renovación lo compromete a usted, y a los que representa, a respetar las condiciones detalladas en esta sección.

### **Si usted o sus niños califican para *Health Check (Medicaid)* o *NC Health Choice for Children*, usted debe:**

1. Aportar toda la información necesaria para que los servicios sociales del condado o las agencias estatales o federales de Medicaid puedan determinar si usted califica para el programa.
2. Aportar los números de seguro social, o tramitar el número de seguro social para todos aquellos elegibles si no tienen dicho número.
3. Certificar que todas las personas en la solicitud residen habitualmente en North Carolina y que la intención es que así permanezcan.
4. Comprender que la información en la presente solicitud será almacenada en una computadora y puede ser comparada con registros en computadoras de otras agencias *como Social Security, Employment Security, Motor Vehicles, Internal Revenue*, o con programas de asistencia de otros estados.
5. Notificar los cambios de domicilio, personas que viven en su casa, planes de mudanza, otro seguro médico, o cambios en el ingreso **dentro de los 10 DÍAS** posteriores al cambio.
6. No realizar declaraciones falsas, no esconder información pertinente, ni dejar de notificar cambios en el hogar, según lo exigido en #5. Es ilegal obtener, o ayudar a otro directa o indirectamente a obtener, dinero o servicios a los que no se tiene derecho como beneficiario de estos programas. También va contra la ley alterar, vender o prestar a otro una tarjeta de identificación de un programa. Aquellos que violen la norma, serán procesados en el marco de la ley del estado y/o federal.

### **Si usted o sus niños califican para Medicaid usted debe:**

1. Entregar todos los pagos médicos de seguros privados, de otras personas o grupos como reembolso por los servicios médicos pagos por Medicaid.
2. Entregar a la agencia Medicaid del estado todo aporte médico pago o adeudado a un niño en virtud de un fallo de la corte. Usted también se compromete a entregar los pagos adeudados por un seguro privado u otra persona o grupo por servicios médicos, atención médica y/o facturas hospitalarias que Medicaid pagó, o pagará en el futuro.
3. Informar al departamento de servicios sociales del condado si una persona cubierta por este programa se ve involucrada en un accidente. El presente contrato (cesión de derechos) continúa en tanto cualquiera de las personas mencionadas en la solicitud reciba Medicaid.

### **Limitaciones por fondos**

*NC Health Choice for Children* es un programa que recibe fondos del estado y federales que puede interrumpirse si los fondos federales no son aportados para que el programa continúe.