

Fecha de envío por correo _____

Nombre _____

Dirección _____

Sus beneficios están a punto de cambiar. Por favor lea detenidamente todas las páginas de este formulario.

¿Qué va a cambiar? _____

Si esta casilla está marcada, usted recibirá un aviso separado sobre sus beneficios de Medicaid.

¿Por qué va a cambiar? _____

¿Cuándo ocurrirá el cambio? _____

Sus pagos de Medicaid o su Prima de Medicare será _____

Si usted recibe servicios de Medicare, Medicare es responsable de sus recetas.

Las Regulaciones estatales que requieren este cambio se encuentran en _____

Los reglamentos del Estado que obligan a este cambio se encuentran en _____

Las personas que no son elegibles para Medicaid o NC Health Choice o que son elegibles para el programa de Medicaid al que no se considera de cobertura esencial mínima, pueden ser elegibles para asistencia al comprar su seguro a través del Marketplace Federal. La información para la solicitud debe ser enviada al Marketplace Federal usando una transferencia electrónica segura. Si es necesaria mayor información el Marketplace Federal se contactará con usted. Para más información visite Healthcare.gov o llame al 1-800-318-2596.

DERECHOS DE AUDIENCIA: Si usted no está de acuerdo con esta decisión, tiene derecho a una audiencia para revisarla. Comuníquese, dentro de un plazo máximo de 60 días, con el asistente social asignado a su caso llamando al número que se indica abajo para solicitar una audiencia. El día número 60 es el _____. Si no solicita una audiencia hasta esta fecha, no se le puede conceder una audiencia, a menos que exista una causa que justifique el no haber cumplido con dicho plazo. Usted puede volver a solicitar beneficios en cualquier momento. Para proteger sus derechos, usted puede realizar AMBAS acciones: puede volver a solicitar beneficios y puede solicitar una audiencia.

AYUDA LEGAL GRATUITA: Puede que hayan servicios gratuitos de asistencia legal, para ayudarle. Comuníquese con la oficina de asistencia legal o servicios legales más cercana o llame gratis al 1-866-219-5262.

En algunos casos, usted tiene la opción de continuar recibiendo sus beneficios hasta su audiencia. Si desea una audiencia, lea las instrucciones que se incluyen en este formulario.

Si se ha marcado esta casilla, sus beneficios cambiarán sin que usted reciba otro aviso posterior al presente. Puede solicitar una audiencia hasta la fecha que se indica arriba.

Si se ha marcado esta casilla, y si usted se pone en contacto con el asistente social asignado a su caso hasta el _____ para solicitar una audiencia, sus beneficios continuarán en el nivel actual hasta que se tome la decisión en la primera audiencia, a menos que usted renuncie a este derecho. Si sus beneficios continúan, y la audiencia indica que los cambios eran correctos, puede ser posible que tenga que devolver los beneficios que recibió mientras esperaba la decisión de la audiencia. La prórroga de beneficios NO SE aplica al programa de salud *Health Choice* de Carolina del Norte.

De acuerdo con la ley federal y las normas del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, HHS) de Estados Unidos, esta institución tiene prohibido discriminar por raza, color de la piel, origen nacional, sexo, edad o discapacidad.

Nombre y número de teléfono del asistente social asignado _____

Dirección _____

FOR OFFICE USE ONLY:

County Case # _____

Case ID # _____

Aid Program/Category _____

SU DERECHO A UNA AUDIENCIA: Si usted piensa que esta decisión esta equivocada, usted tiene hasta _____, que son 60 días desde la fecha de este aviso, para solicitar una Audiencia.



¡Llame a su Trabajador del Caso! ¿Perdió una cita o le falto enviar alguna forma u otra información? Usted puede:

1. Llamar al asistente social asignado a su caso para reprogramar la cita o ver lo que se puede hacer.
2. Enviar el formulario u otra información inmediatamente. Recuerde que debe responder todas las preguntas. Recuerde adjuntar comprobantes que prueben sus ingresos.
3. Llamar al asistente social asignado para ver lo que se puede hacer, si su caso ya ha sido cerrado.

¿No hizo algo que el asistente social asignado le pidió que hiciera?

Puede llamar al asistente social encargado de su caso para explicarle la razón e intentar resolver el problema.

¿Cometió un error el asistente social?, o ¿ha cambiado su situación personal?

Llame al asistente social encargado de su caso inmediatamente.

¿Todavía tiene problemas? Puede solicitar una audiencia. Si piensa que nos equivocamos o tiene

información nueva, usted tiene derecho a una audiencia. Debe solicitar dicha audiencia dentro de un plazo de 60 días (o 90 si existe una causa justificada para la demora). La



audiencia es una reunión para revisar su caso y otorgarle los beneficios que le corresponden si es que existió un error. Llame, escriba o contacte a través de ePASS (Solo Medicaid) a su trabajador del caso para solicitar una audiencia. Se llevará a cabo una audiencia local dentro de un plazo de 5 días a partir de la fecha de su solicitud a menos que usted solicite que se posponga. La audiencia puede postergarse, por causas justificadas, hasta 10 días calendario. Luego que se lleve a cabo la audiencia, si usted cree que la decisión tomada en dicha audiencia local es incorrecta, llame o escriba a su trabajador del caso **DENTRO DE UN PLAZO DE 15 DÍAS** para solicitar una segunda audiencia. La segunda audiencia se llevará a cabo ante un funcionario estatal de audiencias.

Información de Audiencias de Medicaid de NC Si usted cree que una Audiencia Regular puede poner en peligro su vida o su salud, o puede ser una amenaza para su habilidad para obtener, mantener o volver a obtener una función máxima, usted puede solicitar una Audiencia Acelerada (expeditad). Una Audiencia Acelerada se llevará a cabo dentro de un término de 3 días, a menos que usted pida que sea pospuesta. Se le requerirá que proporcione documentación de alguna persona que tenga conocimiento de su situación (tal como un doctor, enfermera o trabajador social) para fundamentar su petición. Si no puede proporcionar la documentación, su Audiencia se llevará a cabo en el día regularmente programado. Si usted está solicitando una Audiencia acerca de una Determinación Medica por Discapacidad, llame, escriba, envíe un mensaje por vía electrónica o Epass a su trabajador del caso. En este caso no hay una Audiencia Local. Un Oficial Estatal de Audiencia llevará a cabo la Audiencia. Si usted cree que una Audiencia Regular puede poner en peligro su vida o su salud, o puede ser una amenaza para su habilidad para obtener, mantener o volver a obtener una función máxima, usted puede solicitar una Audiencia Acelerada

(expedited) de Discapacidad si tiene los expedientes médicos (tales como examinación física, resultados de laboratorio, etc.) que corroboren su solicitud. Una nota del doctor dando opinión acerca de su salud, sin la presentación de los reportes médicos no es suficiente para justificar una Audiencia Acelerada. Si usted no proporciona los estudios médicos, su Audiencia se llevará a cabo en el día programado inicialmente.

¿Sabía que usted tiene derecho a que lo representen?

Usted puede pedir que alguna persona hable en su representación en su audiencia; por ejemplo, un pariente o un auxiliar jurídico o un abogado que usted contrate a su propio costo. **Puede que haya servicios legales gratuitos en su comunidad.** Contacte a la Oficina de Servicios Legales mas cercana o a la línea de Ayuda Legal llamando al 1-866-219-5262 (llamada gratuita).

Si tiene más preguntas o inquietudes, comuníquese con el asistente social asignado a su caso o llame gratis a la Línea de Servicio al Cliente del DHHS 1-800-662-7030. Se tiene también disponible el sistema TDD/Voz para atender a las personas con discapacidad auditiva. Las horas de servicios son de 8:00 am a 5:00 pm de lunes a viernes, excepto días festivos estatales.

¿Sabía que usted tiene derecho a ver su expediente?

A su solicitud, el asistente social asignado a su caso le mostrará a usted (o a la persona que le representará) su expediente de beneficios antes de su audiencia. A su solicitud, usted también puede ver cualquier otra información que será presentada en la audiencia. Usted puede recibir copias gratuitas de esta información. Usted puede volver a ver esta información durante su audiencia.

¿Entiende usted sus derechos? ¿Entiende cómo obtener una audiencia? Si usted tiene cualquier pregunta, por favor comuníquese con el asistente social asignado a su caso lo más pronto posible.

Beneficiarios de Medicare Medicaid

La cobertura de medicamentos para personas que tienen Medicare y Medicaid, solamente es cubierta a través del Plan de Prescripción de Medicamentos (PDP). Usted debe inscribirse en un PDP para estar cubierto en sus medicamentos. Los copagos de PDP son diferentes de los copagos de Medicaid. Para preguntas acerca de un PDP, copagos o asistencia para inscribirse, llame al 1-800-MEDICARE

¡Cuidado con el fraude! No olvide informar todos los cambios al Departamento de Servicios Sociales de su



condado dentro de un plazo de 10 días calendario (5 días en casos de Asistencia Especial). Si no sabe si un cambio es importante, pregunte al asistente social encargado de su caso. Si no suministra la información y los cambios de forma veraz, usted puede ser hallado culpable de un delito menor o grave.

Aviso a los Beneficiarios del Programa Work First de Asistencia en Efectivo cuyos beneficios han sido suspendidos:

A menos que usted solicite a la Oficina de Child Support (Manutención Infantil) que se suspendan los servicios, usted continuará recibéndolos. Si prefiere que se suspendan los servicios, pero dentro de un término de 30 días decide volver a solicitarlos, no se le cobrará la cuota requerida. Contacte a su Oficina de Servicios Sociales/Humanos para obtener el número al cual debe llamar.