

**LEA ESTE IMPORTANTE AVISO SOBRE MEDICAID O NC HEALTH CHOICE
AVISO DE APROBACIÓN**

Departamento de Servicios Sociales del Condado _____ de CAROLINA DEL NORTE

Fecha en que se envió: _____

APROBACIONES

- La solicitud de _____ para _____ es aprobada.
- Número de Identificación de Medicaid (MID): _____
- Elegibilidad de: _____ para _____
continúa desde _____ hasta _____
- Numero de Identificación de Medicaid (MID): _____
 - Su pago de Asistencia Especial/En Casa es: _____
 - Su pago de Asistencia Especial/Cuidado de Adulto es: _____

Su pago por los servicios de cuidado a largo plazo es:

Mes: _____	Cantidad: _____
Mes: _____	Cantidad: _____
Mes: _____	Cantidad: _____
Mes: _____	Cantidad: _____

- Se **aprueba** Medicaid desde _____ hasta _____.
- Medicaid cubre todos los servicios médicos necesarios. Si usted tiene Medicare por parte de la Administración del Seguro Social, entonces Medicaid pagará el premium de las partes A y B, deducible y el coseguro (coinsurance) a partir de: _____
- Medicaid paga sólo por el premium de las partes A y B, y por el costo compartido de los servicios cubiertos por Medicare y Medicaid.
- Medicaid paga sólo el premium de la parte B.
- Medicaid paga sólo por servicios limitados a planificación familiar. (Vea pagina 2)
- La cobertura retroactiva de Medicaid se aprueba para el o los períodos de _____.

Si usted recibe Medicare, Medicare es responsable por sus prescripciones.

Las normas del Estado que se usan para tomar esta decisión están en _____, que dice: _____

NEGACIONES

- Medicaid Asistencia Especial en Casa de Cuidado para Adultos Asistencia Especial en su Casa
- se niega desde _____ hasta _____ porque: _____.

Las regulaciones del Estado que se usan para tomar esta decisión están en _____, que dice: _____

DERECHO A AUDIENCIAS: Si no está de acuerdo con esta decisión, tiene derecho a una audiencia para revisar dicha decisión. Llame a su asistente al número que se indica a continuación en un plazo de 60 días para pedir una audiencia. El día 60 es _____. Si no pide una audiencia para esta fecha, no podrá tener una a menos que tenga un buen motivo para no cumplir este plazo. Puede volver a postular a los beneficios en cualquier momento. Para proteger sus derechos, puede volver a presentar una solicitud Y pedir una audiencia.

ASISTENCIA LEGAL GRATUITA: Tiene a su disposición Ayuda Legal Gratuita. Comuníquese con la oficina de Ayuda Legal o de Servicios Legales más cercana o llame gratis al 1-866-219-5262.

Nombre y Número de Teléfono del Asistente Social _____
Dirección _____

SOLAMENTE PARA USO DE LA AGENCIA:
Nº de caso del condado _____
Case ID # _____
Categoría / Programa de Asistencia Social _____

USTED RECIBIRÁ UN AVISO CUANDO LLEGUE EL MOMENTO DE REVISAR SI CUMPLE LOS REQUISITOS PARA CONTINUAR CON SUS BENEFICIOS. COMPLETE EL PROCESO PARA CONTINUAR SU COBERTURA DE SALUD.

CONTINÚE LEYENDO PARA OBTENER INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE SU DERECHO A TENER UNA AUDIENCIA.



¿Hay algún problema? Usted puede solicitar una audiencia.

Si piensa que estamos equivocados o tiene información nueva, tiene derecho a una audiencia. Debe pedir esta audiencia en un plazo de 60 días (ó 90 si tiene un buen motivo para demorarse). Esta audiencia es una reunión en la cual se revisa su caso y se le dan los beneficios que corresponden, si es que éstos no eran los correctos. Llame, escriba o contacte a su asistente social por vía electrónica, o ePASS para pedirle una audiencia. Se realizará una audiencia local en el plazo de 5 días a partir de la fecha de su solicitud, a menos que pida que la pospongan. Ésta se puede posponer, por una buena causa, por hasta 15 días calendario. Luego, si piensa que la decisión de la audiencia local es incorrecta, llame, escriba o contacte a su asistente social por vía electrónica, o ePASS a su asistente social **EN UN PLAZO DE 15 DÍAS** para pedir una segunda audiencia. Ésta se realizará ante un oficial estatal de audiencias.

Llame, escriba o contacte a su asistente social por vía electrónica, o ePASS para pedir una audiencia. Se realizará una audiencia local en el plazo de 5 días a partir de su solicitud, a menos que pida que la pospongan. Ésta se puede posponer, por una buena causa, por hasta 15 días calendario. Luego, si piensa que la decisión de la audiencia local es incorrecta, llame, escriba o contacte a su asistente social por vía electrónica, o ePASS a su asistente social **EN UN PLAZO DE 15 DÍAS** para pedir una segunda audiencia. Ésta se realizará ante un funcionario estatal de audiencias.

Si solicita una audiencia sobre una discapacidad médica, llame, escriba o contacte a su asistente social por vía electrónica o ePASS. No hay audiencias locales, por lo que un funcionario estatal de audiencias realizará la audiencia de discapacidad médica. Si usted cree que una Audiencia Regular podría poner en peligro seriamente su vida, salud, o puede amenazar su habilidad para obtener, mantener o recuperar su función máxima, usted puede solicitar una Audiencia Acelerada (Expedited), si usted tiene los documentos médicos (examinación, resultados de laboratorios, etc) que apoyen su petición. Una nota del doctor dando su opinión de su estado de salud sin proporcionar los documentos médicos de apoyo no es suficiente para justificar una audiencia acelerada. Si usted no proporciona la documentación medica necesaria, su apelación será programada en la fecha regular.

¿Sabía que tiene derecho a ser representado?

Alguien puede hablar por usted en su audiencia; esta persona puede ser un pariente, un asistente legal o un abogado que usted debe pagar. **En su comunidad puede haber servicios legales gratuitos disponibles.** Comuníquese con la oficina de Ayuda Legal o de Servicios Legales más cercana o llame gratis al **1-866-219-5262**.

Si tiene más preguntas o inquietudes, comuníquese con su asistente social para obtener información o llame gratis a la Línea de Servicio al Cliente del DHHS al 1-888-245-0179. Para las personas con discapacidades auditivas también está disponible el sistema TDD. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

¿Sabía que tiene derecho a ver su registro?

Si lo pide, su asistente social le mostrará (o a la persona que hable por usted) su registro de beneficios antes de su audiencia. Si lo pide, también puede ver otra información para usar en la audiencia. Puede obtener copias gratuitas de esta información. También puede verla nuevamente en su audiencia.



¿Comprende sus derechos?

¿Comprende cómo puede obtener una audiencia? Si tiene alguna pregunta, comuníquese con su asistente social lo antes posible.

No olvide informar sobre todos los cambios al Departamento de Servicios Sociales de su condado dentro de un plazo de 10 días calendario. Si no sabe si un cambio es importante o no, pregúntele a su asistente social. Si no entrega información verdadera o no informa sinceramente sobre los cambios, puede ser culpable de un delito menor o de un delito grave.

AVISO: Su cobertura es limitada a Servicios Médicos de Planificación Familiar. Estos servicios incluyen un examen médico anual (365 días) que debe ser programado como la primera de seis visitas de planificación. Los servicios incluyen servicios de contraceptivos, esterilización permanente, evaluación para detectar enfermedades de transmisión sexual (SDT) y HIV. Usted puede obtener estos servicios a través del Departamento de Salud, clínicas comunitarias y clínicas rurales, o por algún otro proveedor de servicios que acepte la cobertura de Planificación Familiar. Si usted opta por esterilización permanente, una vez que se lleven a cabo todos los exámenes médicos requeridos después de la operación, o si usted no necesita servicios de planificación familiar, el programa ya no tiene más servicios que ofrecer.