



NOTIFICACIÓN IMPORTANTE

SU PATRIMONIO ESTÁ SUJETO A RECUPERACIÓN DE MEDICAID

_____ FECHA DE LA NOTIFICACIÓN

Se ha determinado que usted reside en un centro médico de forma **permanente o indefinida**. Este documento es para **NOTIFICAR** que las leyes federales y estatales requieren que la División de Beneficios de Salud (Division of Health Benefits, DHB) presente un reclamo contra su patrimonio para recuperar todo el pago de Medicaid en su nombre por el tiempo que Medicaid paga una parte de su atención en un centro de enfermería. No podemos cobrar ningún activo (bienes o dinero) que no forme parte de su patrimonio en el momento de su fallecimiento. No se impondrá ningún gravamen sobre sus bienes como parte del proceso de recuperación.

Si no está de acuerdo con la decisión de residir en un centro médico y no se puede esperar, de forma razonable, que regrese a vivir a su hogar, **USTED TIENE DERECHO A SOLICITAR UNA AUDIENCIA ESTATAL PARA APELAR ESTA DECISIÓN.**

- ➔ Complete el reverso de esta notificación y envíela nuevamente a la División de Beneficios de Salud dentro de los 30 días calendario posteriores a la fecha de esta notificación.
- ➔ Se programará una audiencia que se llevará a cabo dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su solicitud.
- ➔ Usted recibirá una decisión por escrito dentro de los 15 días posteriores a la fecha de la revisión.
- ➔ Si no está de acuerdo con la decisión tomada conforme su apelación, se le darán a conocer sus derechos de apelación adicionales en ese momento.

Si tiene preguntas respecto de algo de lo que se menciona en esta notificación, comuníquese con el Department of Social Services local o llame a la línea gratuita de la Unidad de Elegibilidad de la DHB al (888) 245-0179.

COMPLETE SI NO ESTÁ DE ACUERDO CON LA DECISIÓN DE RESIDIR EN UN CENTRO MÉDICO Y NO SE PUEDE ESPERAR, DE FORMA RAZONABLE, QUE REGRESE A VIVIR A SU HOGAR.

Solicito una audiencia estatal

No creo que deba estar en un centro de enfermería de forma permanente o indefinida, ya que:

Envíe el formulario a The Division of Health Benefits
Hearing Officers
2501 Mail Service Center
Raleigh, North Carolina 27699-2501