

Dirección

Identificador de Caso: _____
Teléfono del condado: _____
Trabajador: _____
Teléfono de trabajador: _____
Fecha de generación: _____

El Conado DSS

Nombre

Dirección

Sus beneficios de asistencia médica son _____

Categoría del Programa de Ayuda: _____

Adecuado

Lea toda la información detenidamente ya que es muy importante para usted.

EL CAMBIO QUE OCURRIRÁ:

POR QUÉ SE REALIZARÁ EL CAMBIO:

¿CREE QUE ESTAMOS EQUIVOCADOS? TIENE DERECHO A UNA AUDIENCIA.

Tiene sesenta (60) días calendario, es decir, hasta el _____, para solicitar una audiencia. Tiene noventa (90) días o hasta el _____ si tiene una buena causa para no haber solicitado la audiencia dentro de los 60 días. Si no solicita una audiencia antes de ese momento, no podrá tener una. También puede volver a solicitar los beneficios en cualquier momento. Para proteger sus derechos, puede volver a hacer la solicitud y pedir una audiencia.

Sus beneficios se modificarán sin previo aviso.

AYUDA LEGAL GRATUITA:

Es posible que tenga disponibles servicios legales gratuitos. Póngase en contacto con su oficina de Asistencia Legal o Servicios Legales más cercana o llame al 866- 219-5262 sin cargo. Puede solicitar que alguien más hable por usted en su audiencia, como un pariente, amigo o un asistente legal o abogado que obtenga a su cargo.

Llamar a su trabajador puede solucionar el problema.

¿No devolvió un formulario u otra información que le solicitamos?

1. Llame a su Oficina de Medicaid local para averiguar qué información aún necesitamos. El número al que debe llamar es el _____.
2. Proporcione la información que le solicitamos tan pronto como pueda. Proporcione prueba de ingresos y activos si así se le solicitó.
3. Si su caso ya ha sido cerrado, es posible que podamos reabrirlo si nos proporciona la información que necesitamos.

¿Su trabajador social cometió un error o su situación ha cambiado?

Llame a su Oficina de Medicaid local de inmediato.

Identificador de Caso: _____

Teléfono del condado: _____

Información sobre la audiencia de Medicaid en Carolina del Norte

Una audiencia es una reunión en la que una persona imparcial revisará su caso y le dará los beneficios correctos si es elegible. La audiencia es informal y es su oportunidad de explicar por qué cree que estamos equivocados. También puede traer nueva información o documentación a la audiencia.

Llame, escriba o comuníquese a través de ePass con su trabajador social u Oficina de Medicaid local para solicitar una audiencia. Se llevará a cabo una audiencia local dentro de los 5 días posteriores a su solicitud, a menos que solicite que se posponga. La audiencia local puede posponerse, por buenos motivos, hasta 10 días calendario más. Luego, si cree que la decisión en la audiencia local es incorrecta, llame o escriba a su Oficina de Medicaid local **DENTRO DE LOS 15 DÍAS** para solicitar una segunda audiencia. La segunda audiencia es ante un oficial de audiencias estatal. Si elige que su Medicaid continúe y la audiencia muestra que los cambios fueron correctos, es posible que tenga que devolver el pago por los beneficios que recibió mientras esperaba la decisión de la audiencia. Si decide que no continúen los beneficios y la decisión de la audiencia es a su favor, recibirá beneficios retroactivos para cubrir los beneficios que perdió.

AUDIENCIA ESTATAL

Después de su audiencia local, tiene derecho a una audiencia estatal si la solicita dentro de los 15 días posteriores al envío por correo de la decisión de la audiencia local. Una audiencia estatal es llevada a cabo por un funcionario estatal que no trabaja para su Oficina de Medicaid local. Podrá presentar nueva información o documentación que no entregó a la Oficina de Medicaid antes de la audiencia.

Si solicita una audiencia sobre una determinación de discapacidad médica, no hay una audiencia local. Un oficial de audiencias estatal lleva a cabo la audiencia de discapacidad médica.

¿NECESITA SU AUDIENCIA ESTATAL DE INMEDIATO?

Si cree que una audiencia estándar podría poner en serio peligro su vida o salud o podría amenazar su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la función máxima, puede solicitar una audiencia acelerada. Una audiencia acelerada se llevará a cabo dentro de los 7 días posteriores, a menos que solicite que se posponga. Se le pedirá que proporcione documentación de una persona que tenga conocimiento de su situación (como un médico, enfermero o trabajador social) para respaldar su solicitud. Si no proporciona documentación, su apelación se llevará a cabo de acuerdo con el calendario estándar.

Si tiene preguntas o inquietudes adicionales, comuníquese con su trabajador social o con la Oficina de Medicaid local para obtener información, o llame al DHHS Customer Service Center sin cargo al 800-662-7030. También se encuentra disponible el servicio de TDD/Voz para personas con discapacidad auditiva a través del número. El horario es de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes, excepto los días festivos estatales.

¿Sabía que tiene derecho a ver su registro?

Si lo solicita, su trabajador social le mostrará (a usted o a la persona que habla por usted) su registro de Asistencia Médica antes de la fecha de su audiencia, incluidos los avisos que se le hayan enviado sobre su caso y cualquier registro médico u otra información que hayamos considerado. También puede ver cualquier información nueva que usaremos en la audiencia. Puede obtener copias sin cargo de esta información. Es posible que vuelva a ver esta información en su audiencia.

¿Entiende sus derechos?

¿Entiende cómo obtener una audiencia? Si tiene alguna pregunta, comuníquese con su trabajador social lo antes posible.

Seguro de salud en virtud de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Costo (Affordable Care Act)

Las personas que no sean elegibles para la cobertura completa de Medicaid pueden ser elegibles para seguro de salud, y ayuda para pagarlo, a través del Mercado de Seguros de Salud. Les enviamos su información. Puede esperar una carta del Mercado o puede contactarlos directamente. Para comunicarse con el Mercado, puede hacerlo en línea en [Healthcare.gov](https://www.healthcare.gov) o por teléfono al 1-800-318-2596. Después de completar su solicitud, el Mercado le dirá si reúne los requisitos para cobertura de salud y ayuda financiera. En Carolina del Norte, varias organizaciones sin fines de lucro ofrecen asistencia gratuita en persona con las solicitudes de seguro de salud. Para programar una cita, llame al 1-855-733-3711 o ingrese en [ncnavigator.net](https://www.ncnavigator.net).

¡Esté atento al fraude!

No olvide informar todos los cambios al Department of Social Services del condado dentro de los 10 días calendario. Si no sabe si un cambio es importante, pregúntele a su trabajador social. Si no informa con veracidad la información y los cambios, podría tener que devolver el pago en exceso y podría ser acusado de un delito menor o delito grave.

AVISO DE BENEFICIOS TRANSITORIOS

La carta que venía junto con este aviso le informa que continuará recibiendo sus beneficios de Medicaid. Sin embargo, debe comenzar a llenar y devolver un informe trimestral.

Medicaid de Transición

Para seguir recibiendo beneficios de Medicaid, debe llenar y devolver un informe cada tres meses, en el cual muestre sus ingresos brutos y cualquier cambio en su situación. Debe devolver el informe para la fecha impresa en el formulario.

Además, **debe** vivir en North Carolina y tener un hijo que reciba el programa de beneficios Work First, Medicaid o Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI, por sus siglas en inglés).

Sus beneficios de Medicaid cesarán:

- al final del 6th, 7th ó 10th mes si no ha cumplido las reglas de informe trimestral mencionadas anteriormente o
- al final del 7th ó 10th mes si sus ingresos brutos contables promedio, durante los 3 meses anteriores, son superiores a lo que se permite para recibir Medicaid de Transición, o
- al final del 7th ó 10th mes si no recibe salario en 1 de los 3 meses anteriores, a menos que pueda probar que tenía un *motivo justificado*.

Razones para motivos justificados:

- o Perdió su trabajo de manera involuntaria (ejemplo: lo despidieron).
- o Estaba enfermo y puede presentar un certificado médico.
- o Tuvo que ir a tribunales.
- o Tuvo una crisis familiar.
- o Su automóvil se averió (descompuso) y no tenía otra forma de llegar al trabajo.
- o Terminó el contrato con quien le cuidaba a su hijo.
- o Su empleador le pagaba menos del salario normal por el mismo tipo de trabajo en otra parte de la comunidad o el trabajo no estaba de acuerdo con sus capacidades o era peligroso.
- o No pudo ir a trabajar debido a mal tiempo.
- o Ya tiene otro empleo.
- o Lo derivaron a un trabajo sin servicios relacionados con el empleo en el lugar.
- o Se negó a aceptar los servicios médicos y sociales principales que su empleador ofrecía, incluso cuando éste lo exigía.
- o No pudo conseguir que cuidaran a su hijo debido a las necesidades especiales de su hijo.
- o Cualquier otra razón que haya encontrado el Departamento de Servicios Sociales.

¿CUÁLES SON MIS DERECHOS?

Si su Medicaid de Transición va a cambiar o cesar, entonces recibirá un aviso en el cual se le explique lo que le sucederá. Este aviso lo debemos enviar antes de tomar alguna medida para cambiar o cesar sus beneficios de Medicaid. El aviso también le explica su derecho de solicitar una audiencia, en el caso de que no esté de acuerdo con la medida que se tomará en su caso.