

¿Cuáles son mis derechos?

Usted tiene derecho a:

Solicitar asistencia y, si se le niega, volver a solicitarla en cualquier momento.

Que le den asistencia si tiene derecho.

Llevar a cualquier persona, no más de tres, para que participe en la entrevista de determinación de elegibilidad.

Que se mantenga la confidencialidad de toda la información que se le dé a la agencia.

Renunciar en cualquier momento a cualquier asistencia que tenga.

Solicitar que otra persona se agregue a su caso.

Que le den aviso por escrito de toda la información que necesite para llenar su solicitud.

Que lo protejan las leyes federales contra la discriminación por raza, color de la piel, origen nacional, sexo, religión, edad, discapacidad o convicciones políticas.

Que le den un aviso por escrito en que se le diga por qué su solicitud se ha denegado.

Solicitar Medicaid retroactiva por hasta 3 meses antes de la fecha de la solicitud.

Que su Medicaid se considere bajo todas las categorías.

No tener una dirección permanente con tal de que tenga la intención de quedarse en Carolina del Norte.

Pedir una audiencia al departamento de servicios sociales y la División de Servicios Sociales si:

Se le niega el derecho de solicitar o volver a solicitar asistencia el día en que usted o su representante hayan ido al departamento de servicios sociales del condado.

No se le informó, ni verbalmente ni por escrito, su derecho a solicitar sin demora.

No se tomó una decisión oportunamente respecto a su solicitud.

Su solicitud fue denegada, y usted considera que la decisión estaba equivocada.

Usted considera que su asistencia está equivocada según la interpretación de los reglamentos estatales por parte del condado.

Su asistencia se cambió o se eliminó.

Su solicitud de revisión de sus circunstancias de demoró más de 30 días o fue rechazada.

Como solicitante de asistencia familiar, usted tiene derecho a:

Gastar el dinero de su cheque de asistencia de cualquier manera que desee con tal de que sea lo mejor para la familia. Si no gasta el dinero de su cheque correctamente, se puede nombrar a otra persona para que lo gaste para usted y su familia.

¿Cuáles son mis responsabilidades?

Usted debe:

Darle al departamento de servicios sociales del condado y a los funcionarios estatales y federales, cuando lo soliciten, la información necesaria para determinar su elegibilidad.

Reportar al departamento de servicios sociales del condado todo cambio de situación en menos de 10 días calendario contados a partir del momento en que usted se entere del cambio (5 días calendario en caso de asistencia especial).

Cooperar con el personal de control de calidad estatal y federal si su caso se investiga.

Reportar al departamento de servicios sociales del condado la recepción de asistencia que usted sabe que es incorrecta.

Certificar, firmando esta solicitud, que toda la información que usted ha dado sobre su situación y/o sobre las personas por quienes usted está presentando la solicitud es la versión verdadera y completa de los hechos a su leal saber y entender.

Si recibe asistencia en efectivo, debe reportar inmediatamente al departamento del condado la recepción de todo cheque que usted sepa que está equivocado, tal como que tenga el monto equivocado.

Entiendo que toda tarjeta de identificación de Medicaid que reciba es sólo para la persona indicada en la tarjeta de identificación.

Entiendo que es ilegal darle mi tarjeta de identificación a una persona cuyo nombre no aparece en la tarjeta y que puede enjuiciarse por fraude si dejo que alguien utilice mi tarjeta de identidad.

RESIDENCIA

Por medio de la presente certifico que yo y que todos aquéllos por quienes presento esta solicitud viven en Carolina del Norte y tienen intención de permanecer en el estado.

REGISTROS MÉDICOS

Entiendo que todo proveedor que me haya prestado servicios de **programa de asistencia médica** debe poner mis expedientes médicos y financieros a disposición de la agencia y el estado. Por medio de la presente autorizo que tales proveedores revelen los expedientes cuando lo solicite la agencia y el estado.

ASIGNACIÓN DE DERECHOS

Entiendo que al aceptar asistencia médica por cualquier categoría o programa, acepto devolverle al estado todo el dinero que reciba que yo, o cualquiera de las personas mencionadas en esta solicitud, de parte de compañías de seguros para pagar cuentas médicas y/o de hospitales por las cuales el programa de asistencia haya pagado o vaya a pagar. Además, acepto que todo el dinero por gastos médicos o de apoyo médico que por orden de los tribunales se me pague o se me adeude, o que se le pague o se le adeude a cualquier persona mencionada en esta solicitud, se envíe al estado para devolverle lo que haya pagado por gastos médicos actuales o pasados. Esto incluye el dinero pagado por el seguro a raíz de accidentes. También acepto comunicarle al departamento de servicios sociales del condado si yo o cualquier persona que aparezca en esta solicitud tiene un accidente.

Si recibo asistencia familiar en efectivo, todo apoyo financiero (dinero) que por orden de los tribunales se me pague o se me adeude, o se le pague o se le adeude a cualquier persona mencionada en esta solicitud, se debe enviar al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte para devolver el dinero recibido por asistencia familiar actualmente o en el pasado.

Todo apoyo (dinero) de manutención infantil o del cónyuge que se me pague directamente debe ser reportado al departamento de servicios sociales del condado y será contado como ingreso cuando se determine mi elegibilidad para beneficios de Medicaid y/o el monto de todo cheque de asistencia en efectivo.

Entiendo que esta asignación de derechos continúa mientras yo o cualquiera de las personas mencionadas en esta solicitud reciba beneficios de Medicaid o de cualquier programa de asistencia en efectivo basado en 42 CFR 433.147-148.

NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL

Entiendo que debo dar los números del seguro social de todas las personas que solicitan asistencia para determinar su elegibilidad para la asistencia. (No es necesario que los miembros del grupo familiar no incluidos en la solicitud presenten su número de seguro social o estado de ciudadanía o inmigración.)

También entiendo que estos números de seguro social se utilizarán para establecer correspondencias de datos en la Administración del Seguro Social, el Servicio de Impuestos Internos, la Comisión de Seguridad del Empleo, la oficina de Cumplimiento de Manutención Infantil, el Departamento del Transporte, las agencias de bienestar social, y las comisiones de seguridad del empleo de fuera del estado y toda otra agencia necesaria. Si no deseo que estos números de seguro social se utilicen en estas correspondencias de datos tengo derecho a retirar mi solicitud y a que se termine mi asistencia.