

AVISO DE INDAGACIÓN SOBRE MEDICAID/WORK FIRST

INFORMACIÓN GENERAL Y RAZÓN POR LA INDAGACIÓN (El trabajador llena esta sección)

1. Nombre del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Núm. de caso \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Nombre del trabajador \_\_\_\_\_  
 Núm. de teléf. del solicitante \_\_\_\_\_ Núm. de teléf. \_\_\_\_\_

2. Indique los programas que se explicaron y que referencias se hicieron:

<u>Explicados</u>	<u>Referencia</u>	<u>Explicados</u>	<u>Referencia</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> WFFA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MA, Adultos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> WFFA-EA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MIC
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MPW
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> FS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MQB
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CIP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MAD
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MAF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CAP
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MAF la Planificación Familiar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OTROS: _____		

3. Explique la razón de esta indagación. Como parte de esta documentación explique por qué no se presentó la solicitud y describa las razones del solicitante que apoyan la decisión de no solicitar asistencia.

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

DECLARACIÓN SOBRE LA INDAGACIÓN (El solicitante llena esta sección)

1. Yo entiendo que no puedo recibir beneficios si no lleno y entrego una solicitud.  
 2. Yo decidí no presentar mi solicitud para \_\_\_\_\_ Programa \_\_\_\_\_ porque:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del solicitante \_\_\_\_\_  
 Fecha

DERECHOS DE APELACIÓN: Usted tiene derecho a apelar si el Departamento de Servicios Sociales (DSS por sus siglas en inglés) se niega a tomar su solicitud o si lo desaniman a solicitar asistencia. Lea el reverso de este formulario para más información acerca de sus derechos de apelación.

## **USTED TIENE DERECHO A UNA AUDIENCIA**

Usted tiene derecho a pedir una audiencia si cree que DSS rehusó aceptar su solicitud o lo desanimó para que solicitara asistencia. Si se presentaron cualquiera de las siguientes situaciones, se considera que DSS lo desanimó:

1. Le exigieron o sugirieron a usted que no solicitara asistencia hasta después de solicitar o después de recibir la aprobación o negación de otros beneficios (tales como seguro social) o después de recibir comprobante que usted solicitó para esos beneficios;
2. Le sugirieron que hiciera una cita para solicitar beneficios;
3. Usted fue a DSS y le sugirieron que enviara la solicitud por correo en vez de tener una entrevista cara a cara;
4. Usted fue a DSS y pidió una solicitud a la recepcionista para enviarla por correo y no le explicaron como se establece el primer día de beneficios;
5. Usted pidió Servicios de Empleo Work First incluyendo servicios con financiamiento directo como reparación de automóvil, o servicios con financiamiento indirecto como asistencia para preparar un curriculum vitae y no le explicaron los programas disponibles Medicaid;
6. Le dijeron equivocadamente o le sugirieron que usted no calificaría para asistencia;
7. No le dieron información correcta o completa sobre los programas u opciones disponibles.

## **CÓMO PIDE UNA AUDIENCIA**

Usted puede pedir una audiencia a cualquier trabajador o supervisor. Puede pedir una audiencia oralmente o por escrito. Usted puede pedir la audiencia por correo, en persona o por teléfono.

## **CUÁNDO DEBE PEDIR UNA AUDIENCIA**

Usted debe pedir una audiencia en un plazo de 60 días a partir de la fecha que DSS le proporcionó información equivocada o incompleta y causó que usted retirara su solicitud. Si usted tiene una buena razón por no pedir la audiencia en el plazo de 60 días, puede pedir una audiencia en un plazo de 90 días.

## **AUDIENCIAS LOCALES Y ESTATALES**

Si usted solicita una audiencia, la audiencia se llevará a cabo de 5 días corridos. La audiencia local se llevará a cabo ante un representante oficial del DSS que no tomó parte en su caso hasta que usted pidió la audiencia.

Si usted no está de acuerdo con la decisión local, usted puede pedir una segunda audiencia. La segunda audiencia se llevará a cabo ante un representante oficial, imparcial del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte. Usted debe pedir la segunda audiencia en los siguientes 15 días corridos, a partir de la fecha en que se le envía a usted por correo, la decisión de la audiencia local. Si usted pide una audiencia para el program Work First y usted vive en un condado selecto, la segunda audiencia sera ante un oficial del condado.

## **QUÉ SUCEDE SI LA DECISIÓN DE LA AUDIENCIA ES A SU FAVOR**

Su solicitud se presentará de nuevo. Si su solicitud es aprobada, puede recibir asistencia desde el día de la indagación.

## **USTED TIENE DERECHO A QUE LO REPRESENTEN**

En el área del Triángulo, llame al 919-855-4400. Las personas con problemas auditivos pueden llamar a cualquiera de los dos números de arriba, o sírvanse llamar gratuitamente al número telefónico TTY al 1-877-452-2514 o en el área del Triángulo al 919-733-4851. CARE-LINE, la Línea Telefónica de Información y Referencia, está disponible de lunes a viernes entre 8am y 5pm, excepto días festivos estatales. Un especialista bilingüe de información y referencias estará disponible para las personas de habla español.