

AVISO DE BENEFICIOS

Carolina del Norte
Servicios Sociales/Humanos del Condado _____

Fecha: _____

ICS o PDC#: _____

SOLICITUDES APROBADAS

En _____, usted solicito: _____.

Su solicitud de _____ ha sido **aprobada**:

Cantidad:	Cantidad Mensual:
_____	_____
_____	_____

La reglamentación estatal para aprobar esta solicitud se encuentra en _____ de _____.

Los beneficios de _____ a _____ han sido **negados** porque no se cumple con los siguientes requerimientos: _____. La reglamentación estatal para hacer esta decisión se encuentra en _____ que dice: _____.

El Medicaid ha sido **aprobado** de _____ a _____.

Su Medicaid cubre todos los servicios médicos necesarios. Si usted tiene Medicare por parte de la Administración del Seguro Social, el Medicaid pagará sus premiums de la parte A y B, deducibles y coinsurance desde:_____.

Su Medicaid solo pagará los premiums del Medicare A y B, deducible, y coinsurance de los servicios aprobados por Medicare

Su Medicaid solo pagará por servicios relacionados al embarazo y por condiciones que pudieran complicarlo.

Su cobertura de Medicaid es limitada a asistencia de Planificación Familiar.

Su Medicaid tiene cobertura retroactiva a los meses de _____.

Su responsabilidad (liability) mensual de cuidado prolongado (long-term) es:

Su Responsabilidad:	A partir de:
_____	_____
_____	_____

La reglamentación Estatal para aprobar esta solicitud está en _____ de _____.

Los beneficios de Medicaid de _____ a _____ han sido **negados** porque no se satisface la siguiente reglamentación: _____.

La reglamentación estatal usada para esta decisión se encuentra en _____ que dice: _____.

Las personas que son elegibles únicamente para una cobertura que no es considerada como "mínima esencial" o las personas que no son elegibles para Medicaid o NC Health Choice podrían ser elegibles para comprar su seguro a través del Mercado Federal. La información de estas personas se envía a través de una vía electrónica segura al Mercado Federal y serán contactados por el mismo. Para más información visite Healthcare.gov o llame al 1-800-318-2596.

ELEGIBILIDAD CONTINUA

Su _____ **continua**. La reglamentación estatal en la que se basa esta decisión se encuentra en _____ de _____.

Firma: _____ Tel. _____

POR FAVOR LEA EL REVERSO DE ESTA HOJA.

SU DERECHO A UNA AUDIENCIA: Si piensa que esta decisión está equivocada, usted tiene hasta: _____ (60 días a partir de este aviso), para solicitar una Audiencia.



**¡Llamar al asistente social asignado a su caso puede resolver el problema!
¿No fue a una cita o no envió un formulario u otra información?**

Usted puede:

1. Llamar al asistente social asignado a su caso para reprogramar la cita o ver lo que se puede hacer.
2. Enviar el formulario u otra información inmediatamente. Recuerde que debe responder todas las preguntas. Recuerde que debe adjuntar comprobantes que prueben sus ingresos.
3. Llamar al asistente social asignado para ver lo que se puede hacer, si su caso ya ha sido cerrado.

¿No hizo algo que el asistente social asignado le pidió que hiciera?

Puede llamar al asistente social encargado de su caso para explicarle la razón e intentar resolver el problema.

¿Cometió un error el asistente social?, o ¿ha cambiado su situación personal?

Llame al asistente social encargado de su caso inmediatamente.



¿Todavía tiene problemas? Puede solicitar una audiencia.

Si piensa que nos equivocamos o tiene información nueva, usted tiene derecho a una audiencia. Debe solicitar dicha audiencia dentro de un plazo de 60 días (o 90 si existe una causa justificada para la demora). La audiencia es una reunión para revisar su caso y otorgarle los beneficios que le corresponden si es que existió un error. Llame, escriba o contacte a través de ePASS (Solo Medicaid) a su trabajador del caso para solicitar una audiencia. Se llevará a cabo una audiencia local dentro de un plazo de 5 días a partir de la fecha de su solicitud a menos que usted solicite que se posponga. La audiencia puede postergarse, por causas justificadas, hasta 10 días calendario. Luego que se lleve a cabo la audiencia, si usted cree que la decisión tomada en dicha audiencia local es incorrecta, llame o escriba a su trabajador del caso **DENTRO DE UN PLAZO DE 15 DÍAS** para solicitar una segunda audiencia. La segunda audiencia se llevará a cabo ante un funcionario estatal de audiencias.

Información de Audiencias de Medicaid de NC

Si usted cree que una Audiencia Regular puede poner en peligro su vida o su salud, o puede ser una amenaza para su habilidad para obtener, mantener o volver a obtener una función máxima, usted puede solicitar una Audiencia Acelerada (expeditad). Una Audiencia Acelerada se llevará a cabo dentro de un término de 3 días, a menos que usted pida que sea pospuesta. Se le requerirá que proporcione documentación de alguna persona que tenga conocimiento de su situación (tal como un doctor, enfermera o trabajador social) para fundamentar su petición. Si no puede proporcionar la documentación, su Audiencia se llevará a cabo en el día regularmente programado.

Si usted está solicitando una Audiencia acerca de una Determinación Medica por Discapacidad; llame, escriba, o contacte a su trabajador del paso a través de ePASS. En este caso no hay una Audiencia Local. Un Oficial Estatal de Audiencia llevará a cabo la Audiencia de Discapacidad. Si usted cree que una Audiencia Regular

puede poner en peligro su vida o su salud, o puede ser una amenaza para su habilidad para obtener, mantener o volver a obtener una función máxima, usted puede solicitar una Audiencia Acelerada (expeditad) de Discapacidad si tiene los expedientes médicos (tales como examinación física, resultados de laboratorio, etc.) que corroboren su solicitud. Una nota del doctor dando opinión acerca de su salud, sin la presentación de los reportes médicos no es suficiente para justificar una Audiencia Acelerada. Si usted no proporciona los estudios médicos, su Audiencia se llevará a cabo en el día programado inicialmente.

¿Sabía que usted tiene derecho a que lo representen?

Usted puede pedir que alguna persona hable en su representación en su audiencia; por ejemplo, un pariente o un auxiliar jurídico o un abogado que usted contrate a su propio costo.

Puede que haya servicios legales gratuitos en su comunidad.

Contacte su agencia de Ayuda Legal más cercana o llame a la línea de Ayuda Legal gratuita al 1-866-219-5262.

Si tiene más preguntas o inquietudes, comuníquese con el asistente social asignado a su caso o llame gratis a la Línea de Servicio al Cliente del DHHS 1-800-662-7030. Se tiene también disponible el sistema TDD/Voz para atender a las personas con discapacidad auditiva. Las horas de servicios son de 8:00 am a 5:00 pm de lunes a viernes, excepto días festivos estatales.

¿Sabía que usted tiene derecho a ver su expediente?

A su solicitud, el asistente social asignado en su caso le mostrará a usted (o a la persona que le representará) su expediente de beneficios antes de su audiencia. A su solicitud, usted también puede ver cualquier otra información que será presentada en la audiencia. Usted puede recibir copias gratuitas de esta información. Usted puede volver a ver esta información durante su audiencia.

¿Comprende usted sus derechos?

¿Comprende cómo obtener una audiencia? Si usted tiene cualquier pregunta, por favor comuníquese con el asistente social asignado a su caso lo más pronto posible.

¡Cuidado con el fraude!

No olvide informar todos los cambios al Departamento de Servicios Sociales de su condado dentro de un plazo de 10 días calendario (5 días en casos de Asistencia Especial). Si no sabe si un cambio es importante, pregunte al asistente social encargado de su caso. Si no suministra la información y los cambios de forma veraz, usted puede ser hallado culpable de un delito menor o grave.



Aviso para los beneficiarios de Asistencia Familiar Work First cuyos beneficios han cesado:

A menos que usted solicite a la Oficina de Child Support (Manutención Infantil) que se suspendan los servicios, usted continuará recibéndolos. Si prefiere que se suspendan los servicios, pero dentro de un término de 30 días decide volver a solicitarlos, no se le cobrará la cuota requerida. Contacte a su Oficina de Servicios Sociales/Humanos para obtener el número al cual debe llamar.

De acuerdo con la ley federal y las normas del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, HHS) de Estados Unidos, esta institución tiene prohibido discriminar por raza, color de la piel, origen nacional, sexo, edad o discapacidad.