



**AVISO RELACIONADO CON LOS DERECHOS Y LAS RESPONSABILIDADES PARA LA COBERTURA DE SALUD
DIVISIÓN DE RECURSOS PARA LA FAMILIA**

Formulario del Estado 55372 (R6 / 11-21) / DFR 0009MS

Nombre del cliente:

Número de caso:

COBERTURA DE SALUD Medicaid; Hoosier Healthwise; the Healthy Indiana Plan (HIP)

Por favor lea este formulario sobre los derechos y las responsabilidades para la Cobertura de salud (Medicaid, Hoosier Healthwise y Healthy Indiana Plan) que usted ha solicitado o está siendo redeterminado. Cuando hacemos referencia a "usted", queremos decir todas las personas que solicitan y reciben beneficios en su grupo familiar. Pregúntele a un trabajador o llame telefónicamente gratis al 1-800-403-0864 si tiene alguna pregunta.

1. Usted tiene derecho a solicitar los beneficios en cualquier momento durante las horas normales de oficina. La fecha en que usted presenta su solicitud determina la fecha del comienzo de sus beneficios si es elegible. Usted tiene la oportunidad de presentar la solicitud en línea, por correo, fax, telefónicamente o en persona. También puede solicitar la cobertura de salud mediante Federally Facilitated Marketplace. **No se retrase en completar su solicitud.**
2. Usted puede designar a una persona para que solicite los beneficios en su nombre.
3. Se tomará una decisión con relación a su solicitud dentro de los siguientes períodos de tiempo: cuarenta y cinco (45) días para todas las coberturas del seguro de salud, excepto Medicaid de acuerdo con la categoría de Discapacidad que es de noventa (90) días.
4. Aviso de Privacidad:
 - Tenemos autorización para recaudar su información (en la solicitud y en otra documentación adicional) bajo las leyes y reglamentos estatales y federales, incluyendo pero no limitado a IC 4-22-2, 42 Código de Reglamentos Federales 435.907.
 - Toda la información personal que usted proporcione es confidencial y solamente se usará para determinar si usted es elegible para recibir los beneficios y para comunicarse con usted o con su representante autorizado. Su información personal está protegida por las leyes federales y estatales. La División de Recursos Familiares toma en serio la privacidad de su información y usa varios controles de privacidad y seguridad para proteger su información.
 - Si usted cree que hemos violado la privacidad de su información, por favor comuníquese con la División de Servicios Familiares, sea visitando su oficina local o llamando al 1-800-403-0864. Usted también puede comunicarse con el Oficial de Privacidad de la Administración de Familias y Seguro Social por teléfono al (1-877-690-0010) o por correo electrónico. (FSSA.PrivacyOffice@fssa.IN.gov).
 - La información que usted nos proporcione será ingresada a nuestro sistema informático de elegibilidad. Usted tiene el derecho de revisar toda la información y de solicitar correcciones o enmiendas de esa información, usted puede hacer eso, sea visitando su oficina local de la División de Recursos Familiares o llamando al 1-800-403-0864 (por favor tenga en cuenta que las correcciones o enmiendas que usted solicite están sujetas a verificación por nuestro personal y tal como sea requerido por los reglamentos estatales y federales).
 - También se le proporcionará una copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad para la Cobertura de Salud de la agencia, la cual brinda información adicional sobre cómo se usa y protege su información personal de atención médica, así como sus derechos de privacidad de su cobertura de salud.
5. Usted deberá responder a todas las preguntas que son requeridas para la determinación de la elegibilidad.
6. La elegibilidad para los beneficios se determina sin consideración de raza, color, credo, sexo, edad, discapacidad, origen nacional o creencia política. La información solicitada sobre su descendencia racial y étnica es para cumplir con la Ley Federal de Derechos Civiles. Sin embargo, usted no tiene que suministrar dicha información. Si usted decide no ofrecernos esta información, indicaremos una raza/clasificación étnica para usted con el propósito de la recolección de datos.
7. Se debe indicar un número de Seguro Social (Social Security Number, SSN) para cada solicitante que tenga un número de manera legal. Si no tiene un SSN debe solicitar uno. Su SSN se utilizará para verificar los registros en otras agencias estatales y federales tales como la Administración del Seguro Social, Oficina de Vehículos Automóviles, Servicio de Impuestos Internos, Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral y en otros registros estatales de asistencia pública. Si solicita asistencia con base en la edad (mayor de sesenta y cinco (65) años) o discapacidad, utilizamos el Sistema de Verificación de Activos (Asset Verification System, AVS) para intentar de manera electrónica verificar los activos que puedan afectar la determinación de su elegibilidad. Se le notificará cualquier acción que se presente con base en la información que se reciba del Sistema de Verificación de Activos. Adicionalmente, de conformidad con la Ley de Informe Imparcial de Crédito (Fair Credit Reporting Act, FCRA), tiene derecho a solicitar la información que se obtenga a través del AVS, así como a objetar cualquier información que considere incompleta o errónea. Se solicitará y utilizará la información que se encuentra disponible a través del Sistema de Verificación de Ingresos para Elegibilidad (Income Eligibility Verification System, IEVS) y del Sistema de Verificación de Activos (AVS) y se podrá verificar a través de contactos colaterales cuando el estado determine que hay discrepancias y que dicha información puede afectar la elegibilidad del grupo familiar y el nivel de beneficios. Podremos solicitar los números de Seguro Social de los miembros de la familia que no soliciten beneficios; sin embargo, no tiene que suministrar estos números como una condición de elegibilidad. La determinación de elegibilidad no se retrasará, negará ni descontinuará debido a la falta de un número de Seguro Social que esté pendiente por emitirse. En caso de que se encuentren discrepancias, esto podrá afectar la elegibilidad del grupo familiar y el nivel de beneficios.
8. Si usted es un inmigrante deberá suministrar el documento que muestra su estatus migratorio si no podemos verificar la información electrónicamente. La persona que no suministre los documentos migratorios o no tenga documentación puede ser elegible únicamente para cobertura de salud para casos de emergencia. El estatus migratorio de los inmigrantes legales que solicitan o reciben beneficios está sujeto a verificación de parte del U.S. Citizenship and Immigration Services (USCIS).
9. Usted tendrá que verificar determinada información que suministre, si no lo puede hacer electrónicamente, en base a los requisitos de los programas que ha elegido o para los que puede ser elegible. Si ha tratado de obtener los documentos necesarios pero no lo puede hacer, podrá firmar una descarga de información y el trabajador del caso le asistirá para obtener la información. Cualquier formulario de descarga de información que usted firme deberá tener el nombre de la persona, la agencia u organización con la que se comunicará el trabajador.
10. Determinadas personas deberán estar incluidas en la solicitud y/o tener sus ingresos, recursos, necesidades y/o gastos en consideración para la determinación de la elegibilidad de los beneficios. Por esta razón, usted deberá reportar a cada persona que vive con usted. En determinados casos, una cantidad limitada de su información personal puede ser dada a conocer a otro miembro del grupo familiar o sus representantes autorizados para poder completar los procesos de elegibilidad requeridos.



**AVISO RELACIONADO CON LOS DERECHOS Y LAS RESPONSABILIDADES PARA LA COBERTURA DE SALUD
DIVISIÓN DE RECURSOS PARA LA FAMILIA**

Formulario del Estado 55372 (R6 / 11-21) / DFR 0009MS

11. Se requiere que usted reporte los cambios de sus circunstancias a Division of Family Resources (*División de Recursos para la Familia*). Los cambios que deberá reportar incluyen su nueva dirección, si se muda, aumentos o disminución del ingreso de su grupo familiar, los recursos o cualquier cambio en las circunstancias familiares que podría afectar su elegibilidad para los beneficios. Usted debe reportar los cambios dentro de los diez (10) días de la fecha en la que tiene conocimiento del cambio. Además, hay determinadas circunstancias en las que no se consideran los recursos y el ingreso de los padres está exento y, por lo tanto, los cambios no tienen que ser reportados. Se le entregará un formulario describiendo sus requisitos para reportar.
12. Si se muda por favor díganos cuál es su nueva dirección de modo que la correspondencia importante sobre su solicitud y membresía del plan de salud le lleguen sin retraso. Además, deberá decirnos si usted o su(s) hijo(s) inician una cobertura de acuerdo con otro programa de salud como Medicare o una cobertura de salud patrocinada por el empleador.
13. Se requiere que usted suministre la información completa y correcta a su mejor saber y entender. La persona que reciba los beneficios mediante el suministro intencional de información falsa o sin haber reportado información puede ser procesada criminalmente de acuerdo con la ley estatal o federal.
14. Usted tiene derecho a recibir un aviso escrito sobre cualquier acción tomada con relación a su solicitud o los beneficios que recibe.
15. Usted puede solicitar una audiencia imparcial por escrito si está en desacuerdo con cualquier acción tomada con respecto a su caso, incluyendo el procesamiento tardío de su solicitud. Su caso puede ser presentado en la audiencia por cualquier persona de su elección.
16. De acuerdo con la Ley Federal y la política del United States Department of Health and Human Services (*HHS*) esta institución tiene prohibido discriminar en base a la raza, el color, origen nacional, el sexo, la edad y la discapacidad. Si usted considera que se ha discriminado en su contra y desea presentar una queja de discriminación puede hacerlo comunicándose con el Department of Health and Human Services, Regional Manager, Region V, Office for Civil Rights, 233 N. Michigan Ave., Suite 240, Chicago, Illinois 60601. Usted puede llamarlos al (800) 368-1019 o para las llamadas TDD, (800) 537-7697.
17. La categoría para la que usted reúne los requisitos será elegida para usted. Algunas categorías ofrecen cobertura limitada. Usted será aprobado para la mayoría de los beneficios para los que es elegible recibir en base a la información que suministró. Sin embargo, si desea que su elegibilidad sea determinada de acuerdo con una categoría distinta tiene derecho a elegir su categoría.
18. Usted debe presentar documentos para cualquier beneficio para el que puede ser elegible, como Social Security o pensiones o beneficios por discapacidad.
19. Todo beneficio que le sea abonado una vez que usted cumpla cincuenta y cinco (55) años de edad se convierte en un reclamo prioritario contra su patrimonio. Esto incluye todo beneficio abonado o pagos por capitación realizado a una Entidad de Atención Administrada para su cobertura de atención médica. Este reclamo tiene prioridad por sobre todos los reclamos, excepto los reclamos e impuestos registrados con anterioridad.
20. Se le podría requerir que pague el reembolso de los beneficios de cobertura de salud que fueron pagados en su nombre, incluyendo los honorarios de capitación pagados para un plan de salud o suministrador si usted ha sido determinado como elegible incorrectamente por una agencia o error del cliente o mediante el suministro de información fraudulenta.
21. Nosotros no reportaremos a los inmigrantes indocumentados al United States Citizenship and Immigration Service. La solicitud de beneficios de cobertura de salud no afectará su estatus migratorio o las posibilidades de convertirse en un residente permanente o ciudadano de los Estados Unidos de América.
22. Sus derechos a los pagos para el cuidado médico están asignados al Estado de Indiana si usted es encontrado elegible para los beneficios. Esto incluye los derechos al sustento médico y pagos por el cuidado médico que usted tiene en su nombre y el de sus dependientes que están aprobados para los beneficios de acuerdo con esta solicitud. Sin embargo, la asignación no incluye los pagos de Medicare.
Debe decirnos qué seguro de salud tiene. Debe decirnos sobre cualquier acción legal o administrativa que tome para obtener pago para el cuidado médico, como un arreglo por lesiones personales.
El establecimiento de la paternidad es un servicio importante para los miembros de Medicaid /Hoosier Healthwise en beneficio de los niños que no tienen padres legales. Le aconsejamos comunicarse con la oficina local del procurador de su condado cuando sus hijos están registrados en Medicaid/Hoosier Healthwise. Con excepción de los niños registrados en el Paquete C este es un servicio gratuito al igual que otros servicios para el sustento de los niños.
23. Para los niños registrados en el Paquete C de Hoosier Healthwise hay un máximo de la cantidad de costo-participación que usted tendrá que pagar. Esta cantidad es el 5% de su ingreso anual antes de los impuestos. Es responsabilidad suya llevar un registro de la cantidad de primas y copagos que usted paga. Si usted llega al máximo deberá comunicarse con la Oficina de Recursos para la familia y suministrar sus recibos para no tener que efectuar más pagos. Si sus hijos están aprobados para el Paquete C, el aviso de aprobación que usted reciba le informará cuál es el máximo del costo-participación.
24. Los indios americanos y nativos de Alaska miembros de una tribu reconocida federalmente están exentos de algunas primas y los copagos y otros requisitos de co-participación. Usted deberá suministrar una identificación tribal para poder recibir esta exención.
25. Determinados ingresos recibidos por los indios americanos y los nativos de Alaska miembros de una tribu reconocida federalmente están exentos. El ingreso exento incluye: las distribuciones de Alaska Native Corporations and Settlement Trusts, las distribuciones de cualquier propiedad administrada ubicada dentro de una ex reserva federal o bajo la supervisión del Secretario del Interior, las distribuciones o pagos de renta, arrendamientos, regalías, derechos de paso, o recursos naturales de extracción y cosecha, las distribuciones de los intereses de propiedad de bienes inmuebles o el uso de los derechos a los ítems que tienen un significado particular y son religiosos, espirituales o de significado cultural y la asistencia financiera al estudiante suministrada de acuerdo con los programas educativos del Bureau of Indian Affairs.



**AVISO RELACIONADO CON LOS DERECHOS Y LAS RESPONSABILIDADES PARA LA COBERTURA DE SALUD
DIVISIÓN DE RECURSOS PARA LA FAMILIA**

Formulario del Estado 55372 (R6 / 11-21) / DFR 0009MS

26. Los servicios preventivos de salud están disponibles para los niños menores de veintiún años (21). Usted puede solicitar asistencia con la programación de citas y efectuar los arreglos del transporte para los servicios de Health Watch comunicándose con un trabajador.
27. Si usted está solicitando Medicaid para servicios de cuidado a largo plazo (*servicios en una institución de Medicaid o servicios de exención*) se le requiere específicamente por ley federal que suministre toda la información sobre las anualidades que posean usted o su cónyuge. Para las anualidades compradas el o después del 1 de noviembre de 2009 el Estado de Indiana se convertirá en el beneficiario restante de preferencia de acuerdo con la anualidad por la cantidad total de la asistencia médica pagada en su nombre.
28. Si usted es elegible para el Programa de Medicare Savings Program tomará, como mínimo, entre 3 y 4 meses para que Social Security Administration deje de retener la prima Parte B de su cheque. Sin embargo, usted recibirá un reembolso de la cantidad total de primas que le debemos.
29. Los servicios de Planificación familiar (*Family Planning Services, en inglés*) están disponibles de acuerdo con el programa de Medicaid de Indiana. Los hombres y mujeres que no reúnan los requisitos para la cobertura total de Medicaid pueden calificar para estos servicios si reúnen los requisitos de ingresos. Si usted está registrada en Hoosier Healthwise para el embarazo determinaremos su elegibilidad para Family Planning Services cuando termine su embarazo.
30. Si se determina que usted es elegible para el Children's Health Insurance Plan (*CHIP*)-Seguro de Salud para niños- o el Healthy Indiana Plan (*HIP*)- Plan Healthy Indiana- y se requiere que haga las primas o contribuciones a una cuenta POWER, usted debe efectuar dichos pagos para ser y permanecer elegible.
31. Si usted tiene una apelación CHIP o HIP que permite que los beneficios se mantengan durante el proceso administrativo de apelación, deberá continuar pagando su prima o contribución a la cuenta POWER para mantener la cobertura. Si el juez en derecho administrativo (*Administrative Law Judge (ALJ), en inglés*) emite un fallo a su favor decidiendo que sus beneficios de CHIP o HIP no sean discontinuados o rechazados, su cobertura será restituida a la fecha en que fue discontinuada o rechazada. Usted será responsable de los pagos de la cantidad de primas o contribuciones a la cuenta POWER retroactiva a la fecha de la discontinuidad o rechazo. Planifique ahorrar dinero para reembolsar sus primas o contribuciones a su cuenta POWER retroactiva a la fecha de discontinuidad o rechazo.
32. La meta del Healthy Indiana Plan es asistirle con el mantenimiento de la cobertura de salud hasta que usted pueda obtener empleo que le permitirá conseguir su propio seguro de salud. Para asistirle en obtener un mejor empleo hemos desarrollado una asociación con el Indiana Department of Workforce Development llamado Programa Gateway to Work. Al firmar la solicitud usted reconoce que su solicitud será examinada para la elegibilidad con el Programa HIP Gateway to Work y, si se le encuentra elegible, su contacto e información de empleo serán compartidos con el Indiana Department of Workforce Development de manera que usted pueda recibir información sobre los programas del Estado relacionados con la búsqueda de trabajo y capacitación.
33. Usaremos medios electrónicos para la verificación del ingreso, la ciudadanía, el estado como extranjero y otros factores de elegibilidad cuando sea posible; si determinados factores de elegibilidad no pueden verificarse electrónicamente se podría solicitarle suministrar documentación impresa.
34. Si usted no es elegible para Medicaid/Hoosier Healthwise/Healthy Indiana Plan, podría ser elegible para otra cobertura del seguro de salud mediante el health insurance marketplace (*seguro de salud en el mercado*). Si su solicitud es rechazada o discontinuada (por razones no relacionadas con el procedimiento) la misma será presentada en el health insurance marketplace para una determinación de otros programas de seguro económico. Si el ingreso de su familia se encuentra por debajo del 400% del nivel de pobreza federal, usted podría ser elegible para el Advance Premium Tax Credits (APTC) o Cost Sharing Reduction (CSR) mediante el mercado.
35. A partir del 2014, la mayoría de las personas tendrán el requerimiento de contar con una cobertura de seguro de salud. Dicha cobertura puede obtenerse mediante el seguro de salud patrocinado por el empleador, planes de salud calificados mediante el mercado o a través de Medicaid/ Hoosier Healthwise/Healthy Indiana Plan.
36. The Affordable Care Act (ACA) exige el uso de la metodología financiera Modified Adjusted Gross Income (MAGI) al determinar la elegibilidad de ingreso para Medicaid para la mayoría de los padres y otros cuidadores, niños, mujeres embarazadas y adultos entre 19 y 64 años de edad que no sean ciegos, se encuentren discapacitados o necesiten servicios para el cuidado a largo plazo.
37. The Indiana Application for Health Coverage reúne los requisitos de una solicitud alternativa única, reestructurada para todos los programas económicos de seguro.
38. Las redeterminaciones se completarán cada doce (12) meses para determinar si usted reúne los requisitos de elegibilidad. Primero haremos el intento de completar su redeterminación anual usando los medios de datos electrónicos disponibles y continuaremos automáticamente su registro durante otros doce (12) meses si se le encuentra elegible. Si no podemos hacer esto, usted recibirá un formulario para volver a registrarse con un ingreso previo de datos por correo que deberá ser completado y devuelto.



**AVISO RELACIONADO CON LOS DERECHOS Y LAS RESPONSABILIDADES PARA LA COBERTURA DE SALUD
DIVISIÓN DE RECURSOS PARA LA FAMILIA**

Formulario del Estado 55372 (R6 / 11-21) / DFR 0009MS

39. Las siguientes personas físicas quedan exentas de la distribución de costos (copagos, aportes y primas) en Medicaid o HIP: Los niños menores de dieciocho (18) años que no cuentan con cobertura por Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP), embarazadas, antiguos niños de acogida, nativos americanos y de Alaska que hayan recibido alguna vez un servicio o derivación de un proveedor de atención médica indígena, miembros que vivan en una institución aprobada por Medicaid, miembros aprobados para los servicios de exención en el hogar y la comunidad, y quienes reciben atención en hospicios.

Las siguientes personas quedan exentas de la distribución de costos (copagos, aportes y primas) en Medicaid o HIP: niños menores de 18 años que no cuentan con cobertura por Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP), embarazadas, antiguos niños de acogida, nativos americanos y de Alaska que hayan recibido alguna vez un servicio o derivación de un proveedor de atención médica indígena, miembros que vivan en una institución aprobada por Medicaid, miembros aprobados para los servicios de exención en el hogar y la comunidad, y quienes reciben atención en hospicios.

Su plan médico le notificará el monto de copagos que debe abonar. Si no cuenta con cobertura de un plan médico de atención administrada, se aplicarán los siguientes copagos por servicios cubiertos por Medicaid.

Transporte por un costo de \$10 o menor:	\$0.50	Transporte por un costo de \$50,01 o mayor	\$2
Transporte por un costo de \$10,01 a \$50:	\$1	Medicamentos recetados:	\$3

40. Si usted realizó una solicitud en el Mercado Federal (www.healthcare.gov), esta ha sido transferida a Indiana Medicaid para su consideración. En consecuencia, estamos evaluando su potencial aptitud para la Cobertura Médica a través de Indiana Medicaid. Para algunas categorías de cobertura, usted recibirá servicios a través de un plan médico, también llamado Entidad de Atención Administrada o MCE (por sus siglas en inglés) (por ej., Anthem, CareSource, MHS, MDwise, o UnitedHealthcare). Para saber qué plan médico sería el mejor para usted y elegir el plan médico de su preferencia, puede contactarse con el Gestor de Inscripciones de Indiana al (800) 438-4479. Si no selecciona un plan médico, se le asignará uno automáticamente.

Si presentó la solicitud directamente ante el estado, y esta no identificaba el plan médico seleccionado, se le asignará uno automáticamente. Si prefiere seleccionar su plan médico, puede contactarse con el Gestor de Inscripciones de Indiana al (800) 438-4479 para saber más acerca de los planes médicos ofrecidos y elegir el mejor para usted. Esta opción solo se encuentra disponible si todavía no ha realizado un pago expedito de esta solicitud.

Los miembros aprobados para HIP o Medicaid tendrán la oportunidad de cambiar los planes médicos en forma anual. Su plan médico actual le notificará las fechas de su período de inscripción abierta y el modo de cambiar los planes médicos si así lo desea.