



**NOTIFICACION DE ACCION
NOTICE OF ACTION**

State Form 53423 (11-07) / ICAMA Form 6.02 / CW 0022S
Formulario del Estado 53423 (11-07) / ICAMA Form 6.02 / CW 0022S

INTERSTATE COMPACT ON ADOPTION AND MEDICAL ASSISTANCE

A. NOTIFICACION

PARA:

Nombre del padre(s)

Dirección (número y calle, ciudad, estado, código postal)

Número de teléfono (incluye el código de área) ()

Usted nos ha notificado que en o acerca de _____, su niño(s) estará(n) viviendo en la nueva dirección abajo.
Fecha

- | | | |
|-----------------------------|------|---------------------|
| 1. El nombre de niño: _____ | IV-E | Financió del Estado |
| 2. El nombre de niño: _____ | IV-E | Financió del Estado |
| 3. El nombre de niño: _____ | IV-E | Financió del Estado |

Dirección (número y calle, ciudad, estado, código postal)

Número de teléfono (incluye el código de área) ()

DE PARTE:

Nombre del Administrador Compacto

Oficina / Departamento

Dirección (número y calle, ciudad, estado, código postal)

Número de teléfono (incluye el código de área) ()

Fecha (mes, día, año)

B. NUEVO ESTADO DE RESIDENCIA ES NO ES UN MIEMBRO DEL ADOPCION Y AYUDA MEDICA INTERESTATAL COMPACTA (ICAMA).

INSTRUCCIONES

C. NIÑOS QUE RECIBEN AYUDA DE ADOPCION IV-E

1. La forma de ICAMA 6,02 le notifica a UD, la familia adoptiva, que esta oficina ha mandado la información necesaria a su nuevo estado de residencia informando que su niño tiene derecho a recibir seguro médico (MEDICAID) en este estado, por lo cual la identificación del seguro médico (MEDICAID) pueda ser publicada.
2. Contacte a su administrador de Adopción Compacta del niño del estado de residencia denominado en la Sección D de la forma ICAMA 6,01 anexada para determinar los pasos a seguir. En caso que usted necesita llenar recibir una Tarjeta de Identificación de Seguro médico (MEDICAID) en su nuevo estado de residencia.
3. Usted puede ser instruido por el Administrador Compacto que contacte la oficina de seguro médico (MEDICAID) para obtener una nueva identificación de seguro médico. Usted puede ser exigido a completar una asignación de derechos para apoyo y pago médicos. Usted puede ser exigido a proporcionar otra información necesaria. Su nueva oficina del Seguro médico (MEDICAID) podrá proporcionarle información acerca de los beneficios disponibles en el (nuevo) el estado de residencia.
4. Si usted se traslada a un estado que no es un miembro de ICAMA como indicado arriba, usted puede necesitar ir a su oficina local del Seguro médico (MEDICAID) con estas formas para solicitar seguro médico a favor de su(s) hijo(s). Si usted encuentra algún problema, contacte al Administrador Compacto listado en esta forma.

D. NIÑOS QUE RECIBEN AYUDA DE ADOPCION FINANCIADA POR EL ESTADO

1. Si su niño recibe ayuda de adopción financiada por el estado como indicado en la Sección A de esta forma, entonces su niño no es automáticamente elegible para recibir Seguro médico(MEDICAID) en el nuevo estado de residencia.
2. Si su estado de residencia es un miembro de ICAMA como se indica en la Sección B de esta forma, entonces contacte al administrador compacto en el nuevo estado de residencia como identificado en la formulario de ICAMA 6,01.
3. Si su nuevo Estado de Residencia no es un miembro de ICAMA, usted necesita ir al departamento local de servicios sociales en el nuevo estado de residencia y preguntar acerca de cómo recibir asistencia médica. Si usted tiene preguntas, contacte al administrador compacto de ayuda como identificado en la forma de ICAMA 6,01, Sección D.