

FSSA Document Center
PO Box 1630
Marion, IN 46952



FSS407AS00188T02QQD



FSS407AS00188T02QQD

Parent Auto
151 N Delaware St
Indianapolis, IN 46204-2599

PREVIEW
DO NOT PRINT



FSS482AS00188T02QQF



Mike Braun

Governor, State of Indiana

Division of Family Resources

402 W. WASHINGTON STREET, ROOM W392
INDIANAPOLIS, IN 46204-2747

Número de Referencia : 2003008637

Fecha de Envío : ENERO 17, 2026

Aviso sobre los Requisitos de Trabajo del Plan de Salud de Indiana (HIP)

Lea este aviso. Explica un cambio en su cobertura de salud.

¿Qué va a cambiar?

A partir del 1 de enero de 2027, es posible que deba cumplir con ciertos requisitos de trabajo para mantener su cobertura de salud de HIP.

Recibe este aviso porque los registros de la FSSA de Indiana indican que usted tiene HIP. Si ya no tiene HIP, puede ignorar este aviso.

¿Cuándo comienza esto para usted?

Verificaremos sus requisitos de trabajo en su próxima **renovación**. Una renovación es la revisión regular para ver si aún califica para HIP. Las renovaciones cambiarán de una vez al año a **cada 6 meses**.

Si su renovación es **el 1 de abril de 2027 o después**, debe demostrar que cumplió con los requisitos de trabajo --o que cumple con una de las exenciones que se enumeran a continuación-- por cada uno de los 3 meses previos al mes de su renovación.

Ejemplo: Si su renovación es en mayo de 2027, debe demostrar esto durante febrero, marzo y abril de 2027.

¿Quién debe cumplir con los requisitos de trabajo?

Debe cumplir con los requisitos de trabajo si se aplican **todas** las siguientes condiciones:

- Σ Tiene entre 19 y 64 años.
- Σ No está embarazada.
- Σ No está inscrito en Medicare.
- Σ Tiene HIP (el Medicaid de Indiana para adultos con ingresos de hasta el 138% del Nivel Federal de Pobreza; consulte las Guías de Pobreza de ASPE).

No tiene que cumplir con los requisitos de trabajo en ningún mes en el que se aplique una **exención**. Una exención significa que no está obligado a cumplirlos.

¿Quién está exento?

No tiene que cumplir con los requisitos de trabajo durante un mes si, por lo menos un día de ese mes, usted:

- Σ Tiene menos de 26 años y estuvo bajo cuidado de crianza temporal.
- Σ Es miembro de una tribu reconocida a nivel federal.
- Σ Es padre, madre o cuidador de un niño de 13 años o menos.
- Σ Es cuidador de una persona con una discapacidad.
- Σ Es un veterano con una calificación de discapacidad total (100%).
- Σ Está embarazada, o han pasado 12 meses o menos desde que terminó su embarazo.
- Σ Está en la cárcel o prisión, o fue liberado en los últimos 90 días.
- Σ Sigue las reglas de trabajo para SNAP (estampillas de comida) o TANF.
- Σ Participa en un programa de tratamiento de drogas o alcohol.
- Σ Es médicamente frágil o tiene necesidades médicas especiales. Esto incluye:

Ser ciego o tener una discapacidad.

Tener un trastorno por consumo de sustancias.

Tener una condición grave de salud mental.

Tener una discapacidad física, intelectual o del desarrollo grave.

Tener otra condición médica grave o compleja.



También pueden aplicar otras exenciones. Si cree que alguna de ellas aplica a su caso, infórmenos (consulte "Cómo reportar cambios").

¿Qué se considera como cumplir con los requisitos de trabajo?

Debe realizar **al menos 80 horas cada mes** en una o más de estas actividades:

- Σ Trabajo
- Σ Servicio comunitario o voluntariado
- Σ Universidad o capacitación laboral
- Σ Una pasantía o práctica profesional
- Σ Un programa de trabajo

Puede sumar horas de diferentes actividades para llegar a las 80 horas. **Ejemplo:** 60 horas de trabajo + 20 horas de voluntariado = 80 horas.

También cumple con el requisito si usted:

- Σ Asiste a la escuela al menos a tiempo parcial, o
- Σ Trabaja y gana al menos **\$580 en un mes** (\$580 equivale a 80 horas de pago con el salario mínimo federal).

Para más información, visite www.myfssa.in.gov.

Cómo lo verificaremos

Haremos verificaciones cada 3 meses para los miembros que no estén exentos. Primero, utilizaremos la información que ya tenemos. Si no podemos confirmar que cumplió con los requisitos o que tiene una exención, le enviaremos un aviso dándole **35 días** para que nos envíe la información.

Las fechas de estas verificaciones y de sus renovaciones dependen de cuándo solicitó el programa por primera vez, por lo que las fechas no son las mismas para todos.

Cómo reportar cambios

Si le solicitamos información o si necesita reportar un cambio que afecte su elegibilidad para Medicaid, puede hacerlo de las siguientes maneras:

- Σ **SUBIR AL PORTAL DE BENEFICIOS:** Envíe la información a la División de Recursos Familiares (DFR, por sus siglas en inglés) a través de su cuenta en el Portal de Beneficios de la FSSA en FSSABenefits.IN.gov
- Σ **CORREO POSTAL:** FSSA Document Center, PO Box 1810, Marion, IN 46952
- Σ **TELÉFONO:** Llame a la DFR al 1-800-403-0864
- Σ **EN PERSONA:** Visite su oficina local de la División de Recursos Familiares (DFR) durante el horario laboral regular (de 8:00 a.m. a 4:30 p.m., de lunes a viernes, excepto los días festivos del estado)

Infórmenos **de inmediato** si ocurre algún cambio que pueda afectar su exención; por ejemplo, si se queda embarazada, comienza a cuidar a un niño o a una persona con discapacidad, ingresa a un tratamiento o recibe una calificación de discapacidad como veterano.

También debe reportar otros cambios dentro de un plazo de 10 días, como cambios en sus ingresos, dirección, trabajo o el tamaño de su grupo familiar.

¿Qué pasa si no cumple con los requisitos de trabajo?

Si no tiene una exención aprobada y no cumple con los requisitos de trabajo, **perderá su cobertura de HIP**. Puede volver a solicitar el programa en cualquier momento; no hay período de espera ni de exclusión.

Si pierde su cobertura de HIP por no cumplir con los requisitos de trabajo, tampoco podrá recibir ayuda para pagar un plan del Mercado de Seguros Médicos (HealthCare.gov) -- lo que se conoce como **crédito fiscal para las primas** -- durante ese tiempo. Además, perder la cobertura por no cumplir con los requisitos de trabajo de HIP no le dará derecho a un Período Especial de Inscripción en el Mercado Federal (CuidadoDeSalud.gov) fuera del período anual de Inscripción Abierta.

Antes de cancelar su cobertura, le enviaremos un aviso por separado. En él se explicará el motivo y se le indicará cómo presentar una **apelación**.

¿Tiene preguntas?

Visite www.myfssa.in.gov.