

FSSA Document Center
PO Box 1810
Marion, IN 46952



FSS407AS0018EPRZ4RB



FSS407AS0018EPRZ4RB



PREVIEW
DO NOT PRINT



Aviso postal sobre COVID-19

Indiana Family and Social Services Administration
PO Box 1810
Marion, IN 46952
Teléfono/Fax: 1-800-403-0864



FSS470AS0018EPRZ4R0



Nombre del beneficiario : [REDACTED]

Número de Caso : [REDACTED]

Nombre AG : 18811863

Programa : Health Coverage

Fecha de Envío : MARZO 01, 2023

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE SU COBERTURA DE SALUD DESPUÉS DE QUE FINALICEN LAS NORMAS FEDERALES DE SALUD PÚBLICA DE EMERGENCIA POR COVID-19

Su cobertura de salud ha continuado al mismo nivel a través de Medicaid o del Healthy Indiana Plan debido a la emergencia de salud pública federal por COVID-19. **Según la información que tiene la FSSA en el expediente, no podemos decirle si usted aún es elegible para su cobertura de salud actual.**

Su cobertura va a cambiar debido a que la legislación federal eliminó las protecciones de cobertura de Medicaid de la emergencia sanitaria pública federal el MARZO 31, 2023.

La razón por la que su cobertura médica cambiará es:

- EL EMBARAZO HA FINALIZADO Y EL PERÍODO DE EXTENSIÓN DE 12 MESES HA VENCIDO

Tenemos que revisar su información para determinar si usted es elegible para acceder a su cobertura de salud y continuar con tal cobertura después de que finalicen las normas federales de emergencia de salud pública por COVID-19. **Es posible que aún sea elegible para su cobertura actual cuando proporcione más información.**

1. En este formulario se detalla la información que la FSSA ya conoce acerca de usted, incluido lo que nos haya informado con anterioridad. Si la FSSA no tiene a todos los integrantes, ingresos, recursos (bienes) u otros elementos de su familia detallados o esta información es incorrecta, haga notas y correcciones en el formulario de revisión.
2. En cuanto a todas las fuentes de ingresos de su familia, envíe el último comprobante de ingresos que no supere los treinta (30) días. Este comprobante podría ser el talón de recibo de pago o una declaración firmada de su empleador de su ingreso bruto (antes de pagar impuestos o deducciones). La FSSA volverá a evaluar su elegibilidad en función de la información más actualizada que usted proporcione.
3. Si se ha interrumpido una fuente de ingresos detallada, pero no tiene una forma de probarlo, puede escribir una declaración en la cual indique a la FSSA los detalles. Procure incluir tanta información como pueda, incluido el nombre de la fuente de ingreso, los montos y las fechas del último mes en que la recibió. Firme y coloque la fecha en esta declaración antes de entregarla a la FSSA e incluya un número de teléfono donde podamos comunicarnos con usted si tenemos alguna pregunta.
4. Si a continuación se encuentra la sección "INFORMACIÓN DE RECURSOS", entregue estados de cuenta bancaria u otro comprobante del valor del bien en los últimos treinta (30) días. Si en el formulario no se le consulta sobre recursos (bienes), no tiene que dar información sobre ellos.
5. Es posible que solicitemos comprobantes adicionales con respecto a un cambio; le avisaremos por escrito si necesitamos comprobantes adicionales. En caso de que no se entreguen los documentos o la información solicitada, su elegibilidad para recibir cobertura de salud podría verse afectada.
6. **¡Nuevo!** Desde ahora, puede presentar información para la redeterminación desde el portal de beneficios de FSSA: fssabenefits.in.gov. Si aún no lo hizo, tendrá que crear una cuenta. Una vez que haya completado y firmado el formulario, podrá cargarlo junto con los documentos para respaldar la verificación (como por ejemplo: recibos de sueldo o resúmenes bancarios). Para completar el proceso, además del formulario, por lo menos deberá presentar constancia



FSS470AS0028EPRZ4RH

de los ingresos que recibió en los últimos treinta (30) días. Si en la parte inferior del formulario hay una sección sobre "LA INFORMACIÓN DE LOS BIENES", también deberá enviar una constancia sobre el valor de los activos que tenga. Recibirá un pedido aparte en caso de que precisemos más datos después de que haya enviado la información por internet.

7. Si presenta un formulario escrito de revisión, procure que la persona a la que se dirige el formulario (o su representante autorizado en los expedientes de la FSSA) lo firme.

Si la FSSA no recibe esta información, su cobertura de salud cambiará después de la fecha límite de revisión que está en el formulario que le enviamos. Si no cumple con la fecha límite, aún puede entregar el formulario y la información hasta con una demora de 90 días; revisaremos su información para volver a iniciar su elegibilidad sin completar una nueva solicitud. Si entrega la información pero se determina que no es elegible, puede volver a presentar la solicitud en cualquier momento.

Si ya no es elegible, le enviaremos dos avisos definitivos aproximadamente dos (2) semanas antes de que su cobertura quede programada para cambiar. Usted puede apelar las decisiones de la FSSA. Podrá encontrar sus derechos de apelación al final del aviso definitivo. **La FSSA no ha cambiado su cobertura en este momento, así que le pedimos que proporcione toda la información actualizada que crea que lo ayudará a mantener su cobertura actual.**

Si tiene preguntas, comuníquese al Centro de atención de la FSSA al número 1-800-403-0864 entre las 8:00 a.m. y las 4:30 p.m., de lunes a viernes.

Envíe el formulario completo y todos los documentos adicionales a:

FSSA Document Center
PO Box 1810
Marion, IN 46952

De lo contrario puede enviarlos por fax al Centro de documentos de la FSSA al 1-800-403-0864.

También puede presentar el documento completo en la oficina de División de recursos familiares de su condado. Las ubicaciones de estas oficinas están publicadas en www.fssa.in.gov; también puede llamar para que le informen al 1-800-403-0864.

En este formulario, se le solicita información sobre recursos (bienes). La información de los recursos (bienes) solo es necesaria para poder determinar la elegibilidad para recibir Medicaid para personas de edad avanzada, con ceguera y discapacidad y para los Programas de ahorros de Medicaid.

¿A QUIENES SE LE HACE LA REVISIÓN DE ELEGIBILIDAD?

En el formulario de Medicaid, Hoosier Healthwise o de Revisión de elegibilidad del Plan Healthy Indiana, se detalla a las personas que figuran en este caso. Cada persona figura como "elegible" o "no elegible", el cual es el estado del miembro en este caso. Actualmente, revisamos las circunstancias de la familia de este caso. Podría ser posible que una persona que figure como no elegible esté recibiendo la cobertura de salud en otro caso. Si eso fuera así, escriba en el espacio provisto para este fin: "recibe Medicaid, Hoosier Healthwise, HIP" según corresponda en el espacio disponible debajo de "corrección".

CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES PARA LOS MIEMBROS EN CUIDADOS A LARGO PLAZO

En el Formulario de revisión de elegibilidad, se encuentran preguntas sobre su ingreso y sus bienes. Se explica para la mayoría de las situaciones de quién se necesita información. No obstante, existen normas especiales para los miembros de Medicaid que reciban servicios de cuidados a largo plazo. Estas normas se aplican a los miembros que vivan en centros de Medicaid como asilos de ancianos o a los que reciban servicios domiciliarios y comunitarios de Medicaid.

No tiene que informar ingresos ni bienes para las siguientes personas:

1. padres de hijos menores de 18 años que se atiendan con Medicaid en las categorías de personas con discapacidad o ceguera, que vivan en centros de Medicaid como asilos de ancianos, y que reciban servicios domiciliarios y comunitarios de Medicaid en caso de que los padres mismos no se atiendan con Medicaid;



FSS470AS0038EPRZ4RG



2. cónyuges de la comunidad que no se atiendan con Medicaid, a menos que deseen recibir una parte del ingreso de su cónyuge. Un cónyuge de la comunidad para este fin es aquel cónyuge que está en un centro de Medicaid o recibe servicios de exención según la Exención para personas de edad avanzada o con discapacidad.

Debe informarnos sobre las pensiones anuales que tengan el miembro y el cónyuge. Esto incluye compras de pensiones anuales y transacciones que no sean de rutina tomadas de una pensión anual actual. Si estas acciones se produjeron el 1.º de noviembre de 2009 o después de esa fecha, se debe nombrar al Estado como el beneficiario residual de la pensión anual. (Sección 1917(c) de la Ley de Seguridad Social)

Muchas gracias.

PREVIEW
DO NOT PRINT



FSS470AS0048EPRZ4RF

REVISIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA ACCEDER A MEDICAID, HOOSIER HEALTHWISE O HIP

Esta es una revisión de su elegibilidad para acceder a Medicaid, Hoosier Healthwise o HIP. Esta es información que actualmente presentamos en su caso. Si hay cambios, anótelos en el espacio provisto para tal fin y entregue la documentación de la nueva información.

EN CASO DE QUE HAYA CAMBIOS, ENTRÉGUENOS ESTE FORMULARIO Y LOS DOCUMENTOS ANTES DEL MARZO 31, 2023.

NO OLVIDE FIRMAR EL FORMULARIO EN LA ÚLTIMA PÁGINA.

DIRECCIÓN:				
LÍNEA DE DIRECCIÓN 1	LÍNEA DE DIRECCIÓN 2	CIUDAD, ESTADO, C.P.	TELÉFONO	OTRO TELÉFONO
██████████		Indianapolis, IN 46204-2599		
CAMBIOS O CORRECCIONES:				

DOMICILIO POSTAL:		
LÍNEA DE DIRECCIÓN 1	LÍNEA DE DIRECCIÓN 2	CIUDAD, ESTADO, C.P.
CAMBIOS O CORRECCIONES:		

Presentamos a las siguientes personas que son miembros de su familia. (Esto incluye a un miembro elegible que podría vivir en un centro residencial o de atención de la salud). Haga todas las correcciones en la tercera columna como un cambio de nombre o corregir la ortografía, una corrección en la fecha de nacimiento o un comentario como "ya no vive aquí". En caso de que un miembro elegible de Medicaid, Hoosier Healthwise o HIP ya no viva en esta dirección, informe la dirección actual si la conoce.

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO ACTUAL	CORRECCIÓN
██████████	06/21/1982	Eligible	

Detalle a otros miembros de la familia y su relación con los miembros elegibles:
--



FSS470AS0058EPRZ4RE



INFORMACIÓN SOBRE EL TRABAJO:

Adjunte los recibos de pago de los últimos 30 días o entregue una declaración del empleador para cada miembro que tenga trabajo.

MIEMBRO CON TRABAJO	EMPLEADOR	GANANCIAS BRUTAS	FRECUENCIA
[REDACTED]	ferwerfw	\$500.00	Monthly
CAMBIOS O CORRECCIONES:			

INFORMACIÓN SOBRE TRABAJADORES AUTÓNOMOS:

Adjunte una copia de su última declaración jurada de impuesto a las ganancias, incluidos todos los anexos. Si no presenta impuestos, necesitamos una copia de sus registros de trabajador autónomo sobre ingresos y gastos durante los últimos doce (12) meses.

MIEMBRO TRABAJADOR AUTÓNOMO:	EMPLEADO	TIPO	GANANCIAS BRUTAS	FRECUENCIA
CAMBIOS O CORRECCIONES:				

OTRA INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS:

Adjunte un comprobante del monto de cada tipo de ingreso recibido para el último mes completo. Si lo desea, puede incluir en la documentación adjunta más de un solo mes de ingreso de cada tipo. No se contempla el Ingreso de seguridad complementario (SSI); la manutención por hijo y los beneficios para veteranos de guerra tampoco se contemplan para Hoosier Healthwise y HIP.

RECIBIDO POR	TIPO DE INGRESO	MONTO RECIBIDO	FRECUENCIA
CAMBIOS O CORRECCIONES:			



FSS470AS0068EPRZ4RD

INFORMACIÓN DE RECURSOS:

Para los elementos detallados a continuación como "liquid assets," entregue todas las páginas de su última declaración mensual para verificar el saldo actual. Para el resto de los elementos, detalle todo cambio, corrección o nuevos activos en el espacio provisto y presente el comprobante del valor actual.

La información de los recursos (bienes) solo es necesaria para poder determinar la elegibilidad para recibir Medicaid para personas de edad avanzada, con ceguera y discapacidad y para los Programas de ahorros de Medicaid.

TITULAR	TIPO DE RECURSO	VALOR EN EFECTIVO	INFORMACIÓN ADICIONAL
CAMBIOS O CORRECCIONES:			

CUENTA DE FIDEICOMISO MILLER:		
NOMBRE DEL TITULAR	MONTO SUJETO AL FIDEICOMISO	FRECUENCIA
CAMBIOS O CORRECCIONES:		

PREVIEW
DO NOT PRINT



FSS470AS0078EPRZ4RC



INFORMACIÓN ADICIONAL: SI TIENE INFORMACIÓN ADICIONAL PARA FACILITAR, INGRESE TAL INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN Y ADJUNTE LA DOCUMENTACIÓN DEL CAMBIO.

¿Desea registrarse para votar? (Esto no afectará sus beneficios de cobertura de salud) Sí No

SE REQUIERE SU FIRMA:

Certifico, bajo pena de falso testimonio, que la información provista en este formulario es correcta y está completa a mi leal saber y entender.

Firma

Fecha de firma (día, mes, año)

Firma del testigo si la firma anterior es una "X" _____

LE PEDIMOS QUE CUMPLA LA FECHA LÍMITE SOLICITADA PARA QUE PODAMOS PROCESAR SU REVISIÓN DE ELEGIBILIDAD SIN DEMORA.

Podrá recibir una solicitud de nuestra parte en caso de que necesitemos información adicional o comprobante de cambios que haya indicado o que nosotros detectemos. Le informamos que no facilitar la información solicitada podría afectar su elegibilidad para acceder a la cobertura de salud. Asimismo, recibirá un aviso con respecto a si continuarán o finalizarán sus beneficios de cobertura de salud en función de la revisión de su elegibilidad.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

