

FSSA Document Center
PO Box 1810
Marion, IN 46952



FSS407AS001KKDLGA7E



FSS407AS001KKDLGA7E

000056





Aviso de Elegibilidad para Cobertura de Salud

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



FSS426AS001KKDLGATE

Nombre del beneficiario : [REDACTED]

Número de Caso : [REDACTED]

Nombre AG : 18744222

Programa : Health Coverage

Fecha de Envío : ENERO 16, 2023

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE SU COBERTURA DE SALUD

Ya es hora de realizar la evaluación anual de su elegibilidad para Medicaid/Hoosier Healthwise/Healthy Indiana Plan (HIP). Necesitamos revisar su información y volver a determinar su elegibilidad para que continúe su cobertura de salud. Para que continúe su cobertura por un año más, es necesario que usted complete, firme y devuelva este formulario.

Si usted no completa, firma y devuelve esta forma su cobertura terminará a partir de MARZO 01, 2023.

Miembros/as de "HIP" no podrán continuar con la cobertura del "Healthy Indiana Plan" y NO podrán RE-INSCRIBIRSE en la cobertura "HIP" por un periodo de seis meses después de que terminen sus beneficios actuales.

USTED DEBE INCLUIR UNA PRUEBA DE SU INGRESO ACTUAL Y LOS RECURSOS CON EL FORMULARIO.

Puede que nosotros le pidamos más evidencia de cualquier cambio y le notificaremos por escrito si necesitamos evidencia adicional. El no proporcionar los documentos o información requerida puede afectar su elegibilidad para cobertura de salud.

Firme el formulario de revisión de elegibilidad para Medicaid/Hoosier Healthwise/HIP adjunto y envíelo antes de la fecha de vencimiento que aparece en el formulario. Si tiene preguntas, llame al centro de llamadas de FSSA al 1-800-403-0864 entre las 8:00 a.m. y las 4:30 p.m.

Devuelva el formulario completado y cualquier documento adicional a:

FSSA Document Center
P.O. Box 1810
Marion, IN 46952

O envíelo por fax al Centro de documentación de FSSA al 1-800-403-0864.

También puede entregar personalmente el formulario completado a la División de Recursos Familiares de su condado. Para obtener las direcciones de estas oficinas, visite www.fssa.in.gov o llame al 1-800-403-0864.

¡Novedad! Ahora puede enviar información de su redeterminación por el Portal de beneficios de FSSA en el sitio fssabenefits.in.gov. Tendrá que crear una cuenta, si es que ya no lo ha hecho. Puede informar cambios, cargar documentos y firmar electrónicamente su formulario de redeterminación. **Tendrá que informar su ingreso y sus bienes de los últimos 30 días para completar su redeterminación.** Si necesita más información después de que envíe la información en línea, le enviaremos una solicitud aparte.

Este formulario le pregunta acerca de sus bienes (activo). La información acerca de los bienes (activo) se necesita solamente para determinar la elegibilidad para Medicaid para los ancianos, ciegos, discapacitados, y los programas de ahorro de Medicare.

¿LA ELEGIBILIDAD DE QUIÉN SE ESTÁ REVIENDO?

El formulario Medicaid/Hoosier Healthwise/Healthy Indiana Plan Eligibility Review Form enumera las personas que se muestran en este caso. A cada persona se la califica como "reúne los requisitos" o "no reúne los requisitos", que es la



FSS426AS002KKDLGA7D

condición del miembro en este caso. Actualmente, estamos revisando la situación de la familia en este caso. Puede ser que alguien que aparece como que no reúne los requisitos reciba cobertura de salud en otro caso. Si es así, simplemente escriba en el espacio: "actualmente recibo Medicaid/Hoosier Healthwise/HIP" según corresponda en el espacio que aparece para "corrección".

SITUACIONES ESPECIALES PARA LOS MIEMBROS CON ATENCIÓN MÉDICA A LARGO PLAZO

El Formulario de Revisión para la Elegibilidad contiene preguntas acerca de sus ingresos y bienes. Explica, en la mayoría de los casos, acerca de quién necesitamos información. Sin embargo, hay reglas especiales para los miembros de Medicaid que reciben servicios de atención médica a largo plazo. Estas reglas se aplican a miembros que residen en instituciones de Medicaid, como hogares de ancianos, y a los que reciben los servicios de exención domiciliarios y basados en la comunidad de Medicaid.

No es necesario que proporcione información sobre los ingresos o bienes de:

1. Los padres de niños si los niños: 1) tienen menos de 18 años y están en Medicaid en la categoría de discapacidad o ceguera, 2) viven en instalaciones de Medicaid como un hogar de ancianos o 3) están recibiendo servicios de exención basados en la comunidad si los padres mismos no están en Medicaid.
2. Cónyuges en la comunidad que no reciben Medicaid, a menos que quieran recibir parte de los ingresos de su cónyuge. A los efectos de este asunto, un cónyuge en la comunidad es aquél cuyo cónyuge está en una institución de Medicaid o que recibe servicios de exención bajo la Exención para los Ancianos y Discapacitados.

Usted debe informarnos acerca de rentas vitalicias que el miembro o su cónyuge reciban. Esto incluye la compra de rentas vitalicias y cualquier transacción no de rutina que se realice sobre una renta vitalicia existente. Con estas acciones que ocurran el 1 de noviembre de 2009 o después de esa fecha, se debe nombrar al Estado como beneficiario residual de la renta vitalicia. (Sección 1917(c) de la Ley de Seguridad Social).

Gracias.



FSS426AS003KKDLGA7C



REVISION DE ELEGIBILIDAD PARA MEDICAID/HOOSIER HEALTHWISE/HIP

Es el momento de realizar la revisión anual de su elegibilidad para Medicaid/Hoosier Healthwise/HIP. Ésta es la información que tenemos actualmente en su caso. Si hay algún cambio, escríbalo en el espacio en blanco y proporcione la documentación que certifique la nueva información.

DEVUÉLVANOS ESTE FORMULARIO Y LA DOCUMENTACIÓN A MÁS TARDAR EL FEBRERO 15, 2023.

NO OLVIDE FIRMAR EL FORMULARIO EN LA ULTIMA PÁGINA

DOMICILIO PARTICULAR:				
ADDRESS LINE1	ADDRESS LINE2	CITY, STATE ZIP	PHONE	OTHER PHONE
██████████		██████████		
CAMBIOS/CORRECCIONES				

DOMICILIO POSTAL:		
ADDRESS LINE1	ADDRESS LINE2	CITY, STATE ZIP
CAMBIOS/CORRECCIONES		

Según nuestros registros, en su hogar viven las siguientes personas. (Se incluye a un miembro que reúne los requisitos que puede estar viviendo en una institución de cuidados médicos o residencial.) Haga los cambios en la tercera columna; por ejemplo, un cambio de nombre o la ortografía correcta del nombre, una corrección de una fecha de nacimiento, o un comentario "no vive más aquí". Si un miembro de Medicaid/Hoosier Healthwise/HIP que reúne los requisitos ya no vive en esta dirección, proporcione su domicilio actual, si lo conoce.

NAME	BIRTH DATE	CURRENT STATUS	CORRECTION
██████████	09/18/1982	Eligible	
██████████	09/18/1976	Eligible	
Indique miembros adicionales en la casa y su relación con los miembros que reúnen los requisitos:			



FSS426AS004KKDLGA7B

INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEO:

Adjunte comprobantes de sueldo de los últimos 30 días o un resumen del empleador por cada miembro con empleo.

EMPLOYED MEMBER	EMPLOYER	GROSS EARNINGS	FREQUENCY
██████████	rtgrtrgr	\$300.00	Monthly
CAMBIOS/CORRECCIONES			

INFORMACIÓN SOBRE EL AUTOEMPLEO:

Adjunte una copia de su declaración impositiva más reciente incluyendo todos los formularios. Si usted no declara impuestos, necesitamos una copia de sus registros de ingresos y gastos como trabajador independiente de los últimos doce (12) meses.

SELF-EMPLOYED MEMBER	EMPLOYEE	TYPE	GROSS EARNINGS	FREQUENCY
CAMBIOS/CORRECCIONES				

OTRA INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS:

Adjunte comprobantes de los montos de cada tipo de ingreso recibido durante el mes completo más reciente. Si lo desea, puede adjuntar más de un mes de ingresos para cada tipo. El Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI), la manutención infantil y los beneficios para los veteranos no se cuentan para Hoosier Healthwise y HIP.

RECEIVED BY	TYPE OF INCOME	AMOUNT RECEIVED	FREQUENCY
CAMBIOS/CORRECCIONES			



FSS426AS005KKDLGA7A

INFORMACIÓN SOBRE BIENES:

Adjunte comprobantes de los importes de cada bien recibido a partir del primer momento del primer día del mes más reciente.

La información sobre bienes (activo) se necesita solamente para determinar la elegibilidad para Medicaid para los Ancianos, ciegos, discapacitados y los programas de ahorro de Medicare.

OWNER	RESOURCE TYPE	CASH VALUE	ADDITIONAL INFORMATION
██████████	Real Property	\$120.00	
██████████	Real Property	\$111.00	
CAMBIOS/CORRECCIONES			

INFORMACIÓN SOBRE RECURSOS VERIFICADOS ELECTRÓNICAMENTE:

Indiana está obligada a utilizar un sistema electrónico para verificar los activos (recursos). Esto podría influir en la determinación de su elegibilidad. Los recursos que declara el solicitante o beneficiario se comparan con los que arroja el Servicio de Verificación de Activos (Asset Verification Service, AVS), y el valor contable más alto se utiliza para determinar la elegibilidad.

Si tiene información que cree que serviría para reducir el importe contable del recurso, por ejemplo, una propiedad conjunta, un monto adeudado o cualquier otro motivo por el cual el monto indicado no sea el que debería contabilizarse en virtud de las reglas de Medicaid, deberá dar una explicación y efectuar una verificación. En el caso de los vehículos, si no se proporciona la verificación del valor, estableceremos por defecto el justiprecio de compraventa correspondiente a un modelo de referencia de la misma marca, modelo y año.

OWNER	RESOURCE TYPE	CASH VALUE	ADDITIONAL INFORMATION
CAMBIOS/CORRECCIONES			

CUENTA FIDUCIARIA MILLER:

OWNER NAME	AMOUNT ADDED TO TRUST	FREQUENCY
CAMBIOS/CORRECCIONES		



FSS426AS006KKDLGA79

INFORMACIÓN ADICIONAL: SI TIENE INFORMACIÓN ADICIONAL QUE REPORTAR, INDIQUE ESA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN Y ADJUNTE DOCUMENTACIÓN QUE CERTIFIQUE EL CAMBIO.

¿Desea anotarse para votar? (Esto no afectará sus beneficios de cobertura de salud) ___Sí ___No

SE NECESITA SU FIRMA:

Certifico bajo pena de perjurio que la información brindada en este formulario es correcta y completa a mi saber y entender.

_____ Firma _____ Fecha de firma (mes, día, año)

Firma de testigo si firmó con "X" _____

CUMPLA CON LA FECHA LÍMITE SOLICITADA PARA QUE PODAMOS PROCESAR LA REVISIÓN DE SU ELEGIBILIDAD SIN DEMORAS.

Puede ser que reciba un pedido nuestro si necesitamos información adicional o comprobantes de algún cambio que haya indicado o que descubramos. También recibirá un aviso acerca de la continuidad o suspensión de sus beneficios de cobertura de salud según la redeterminación de su elegibilidad.

MUCHAS GRACIAS POR SU COOPERACIÓN.



FSS426AS007KKDLGA78



Si esta notificación establece que su servicio de Medicaid fue denegado o cerrado porque el valor de los recursos excede los estándares de elegibilidad del programa...

La decisión mencionada en esta notificación se fundamenta, parcial o totalmente, en la información del consumidor recibida de la agencia encargada de solvencia mencionada más adelante. La decisión no se basa en ninguna calificación crediticia numérica. La agencia encargada no tomó la decisión mencionada en esta notificación y no podrá explicarle las razones específicas de la decisión tomada.

Según la Ley de Información Crediticia Imparcial, usted tiene derecho a obtener una copia gratuita de su registro de consumidor de la agencia de información de solvencia, si hace la solicitud con 60 días de anticipación después de que reciba esta notificación. Además, si considera que cualquier información en el archivo que recibió es incorrecta o está incompleta, tiene derecho a impugnarla ante la agencia encargada.

Puede comunicarse con la agencia de informes del consumidor al número gratuito que figura a continuación o por escrito a la dirección indicada para obtener la información de contacto correspondiente de la agencia de informes del consumidor a cargo de su archivo. Dicha agencia le proporcionará cualquier información adicional sobre sus derechos según la Ley de Información Crediticia Imparcial.

Softheon Inc. Número de contacto: 888-780-7764 PO Box 1628 Stony Brook, New York 11790



FSS426AS009KKDLGA76



Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión

Usted tiene derecho a apelar nuestras resoluciones tales como su ingreso mensual, el monto del aporte a la cuenta POWER, o la categoría de beneficios. Este aviso incluye instrucciones para presentar una apelación. Por favor lea cuidadosamente esta información.

Plazos y proceso de la apelación

Usted debe presentar su apelación por escrito antes del cierre de negocios dentro de treinta y tres (33) días de la fecha de la notificación o la fecha efectiva de la acción que está apelando, lo que sea posterior. Por favor tenga en cuenta que antes del cierre de negocios significa 4:30 pm hora local donde se recibe la apelación. Si una fecha de vencimiento cae en un fin de semana o día festivo, debemos recibir su apelación antes del siguiente día hábil. Si envía su apelación por correo, la apelación se considerará presentada en la fecha de recepción y no en la fecha del matasellos.

Usted debe esperar una interrupción corta de la cobertura si recibimos su solicitud de apelación cerca de la fecha límite de vencimiento.

Un representante de la FSSA le avisará de los próximos pasos. Si FSSA programa una audiencia se le notificará por escrito de la fecha, hora y lugar para la audiencia. Usted puede hablar por sí mismo en la audiencia o llevar a alguien como un abogado, amigo o pariente.

¿Cómo afectará la apelación a mis beneficios?

Si usted envía su solicitud de apelación antes de la fecha efectiva del cambio en su cobertura listada en este aviso, usted podrá recibir el mismo nivel de beneficios que recibe actualmente mientras su apelación esté pendiente. Sin embargo, si usted está inscrito en HIP Plus o HIP State Plan Plus, debe seguir haciendo la contribución necesaria mensual a la cuenta POWER durante su apelación con el fin de seguir recibiendo beneficios de HIP Plus o HIP State Plan Plus. Su apelación no elimina este requisito. Si usted no hace sus contribuciones requeridas a la cuenta POWER a tiempo durante su apelación, perderá el acceso a los beneficios de HIP Plus o HIP State Plan Plus y puede perder su elegibilidad para HIP.

Se le advierte que usted debe esperar un breve retraso en la continuación de su cobertura actual si recibimos su solicitud de apelación cerca de la fecha límite de vencimiento pero restauraremos los beneficios retroactivamente para que usted no tenga ninguna pausa en la cobertura.

Si usted envía su solicitud de apelación después de la fecha efectiva del cambio de su cobertura listada en este aviso, usted recibirá sus nuevos beneficios mientras su apelación esté pendiente.

¿Puedo mantener mis beneficios actuales durante la apelación?

Como se indica en este aviso, usted mantendrá sus actuales beneficios HIP mientras su apelación está pendiente si usted presenta su solicitud de apelación antes de la fecha efectiva de la interrupción de las prestaciones listadas en este aviso. Sin embargo, si sus beneficios de fueron suspendidos porque usted no realizó los aportes a su cuenta POWER o al monto de la prima dentro de los plazos establecidos, usted no puede mantener los beneficios de durante la apelación. También, si usted está inscrito en HIP Plus o HIP State Plan Plus debe seguir haciendo la necesaria contribución mensual a la cuenta POWER durante su apelación con el fin de seguir recibiendo beneficios HIP Plus o HIP State Plan Plus. Su apelación no elimina este requisito. Si usted no hace sus contribuciones requeridas a la cuenta POWER a tiempo durante su apelación, perderá el acceso a los beneficios HIP Plus o HIP State Plan Plus y puede perder su elegibilidad para HIP.

Pagos retroactivos para la cuenta POWER de HIP

Si se determina que usted no reúne los requisitos para recibir servicios de HIP y el JFA falla a su favor, su cobertura será restablecida a la fecha de suspensión o la fecha en la que se debería haber determinado su elegibilidad. Es importante señalar que usted tendrá la responsabilidad de efectuar todos los pagos adeudados de su cuenta POWER que se acumularon durante el período de apelación. Su elegibilidad a HIP puede estar condicionada si no paga ese monto en los plazos establecidos.

Cómo presentar una apelación

Usted puede enviar por correo, fax o entregar su solicitud de apelación por escrito.



FSS426AS010KKDLGA7D

Para apelar, por favor envíe una carta firmada con la mayor cantidad de información posible, incluyendo su nombre, el número de caso y la razón de la apelación junto con una copia de este aviso en su totalidad a uno de los siguientes lugares detallados a continuación. En su caso, esta información se proporciona a continuación para su conveniencia.

Nombre: [REDACTED]

Número del caso: [REDACTED]

Fecha del Aviso: ENERO 16, 2023

Condado: 49

1. Envíe por correo su apelación por escrito a:

FSSA Document Center
PO Box 1810
Marion, IN 46952

O,

2. Envíe por fax su apelación al Centro de documentación de FSSA: 1-800-403-0864

O,

3. Lleve su apelación por escrito a su oficina local de la División de Recursos Familiares (Division of Family Resources) en el horario de atención.

PARA MÁS INFORMACIÓN SOBRE EL PROCESO DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Si tiene preguntas por favor llámenos al 1-800-403-0864. Usted también puede leer sobre el proceso de audiencia imparcial en nuestro sitio web www.in.gov/fssa.

Oficina local de Recursos para la Familia
MARION COUNTY DFR
11523 Seafan Court
Suite 900
Indianapolis, IN 46236
Teléfono: 1-800-403-0864