

LEA ESTE IMPORTANTE AVISO SOBRE MEDICAID O NC HEALTH CHOICE

AVISO DE APROBACIÓN

Departamento de Servicios Sociales del Condado _____ de CAROLINA DEL NORTE

Fecha en que se envió: _____

APROBACIONES

Se aprueba la solicitud de _____ para _____.

Su derecho a recibir _____ para _____ continúa desde _____ hasta _____.

Se aprueba Medicaid desde _____ hasta _____.

Medicaid cubre todos los servicios médicos necesarios.

Medicaid paga sólo por servicios relacionados con el embarazo y enfermedades que puedan complicar el embarazo.

Medicaid paga sólo por servicios limitados relacionados con la Planificación Familiar. Su pareja también puede ser potencialmente elegible.

La cobertura retroactiva de Medicaid se aprueba para el o los períodos de _____.

Se aprueba NC Health Choice for Children desde _____ hasta _____.

Si usted recibe Medicare, Medicare es responsable por sus recetas.

Las normas del Estado que se usan para tomar esta decisión están en _____, del Manual de Medicaid para la Familia y los Niños, que dice que: _____.

RECHAZOS

Medicaid NC Health Choice

se rechaza desde _____ hasta _____ porque: _____.

Las normas del Estado que se usan para tomar esta decisión están en _____, del Manual de Medicaid para la Familia y los Niños, que dice que: _____.

DERECHO A AUDIENCIAS: Si no está de acuerdo con esta decisión, tiene derecho a una audiencia para revisar dicha decisión. Llame a su asistente al número que se indica a continuación en un plazo de 60 días para pedir una audiencia. El día 60 es _____. Si no pide una audiencia para esta fecha, no podrá tener una a menos que tenga un buen motivo para no cumplir este plazo. Puede volver a postular a los beneficios en cualquier momento. Para proteger sus derechos, puede volver a presentar una solicitud Y pedir una audiencia.

ASISTENCIA LEGAL GRATUITA: Tiene a su disposición Ayuda Legal Gratuita. Comuníquese con la oficina de Ayuda Legal o de Servicios Legales más cercana o llame gratis al 1-877-694-2464.

Nombre y Número de Teléfono del Asistente Social _____

Dirección _____

SOLAMENTE PARA USO DE LA COMPAÑÍA:
Nº de caso del condado _____
Case ID # _____
Categoría / Programa de Asistencia Social: _____

** USTED RECIBIRÁ UN AVISO DE REINSCRIPCIÓN CUANDO LLEGUE EL MOMENTO DE REVISAR SI CUMPLE LOS REQUISITOS PARA RECIBIR MEDICAID O NC HEALTH CHOICE. ES IMPORTANTE VOLVER A INSCRIBIRSE PARA MANTENER SU COBERTURA DE SALUD.

CONTINÚE LEYENDO PARA OBTENER INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE SU DERECHO A TENER UNA AUDIENCIA.



¿Hay algún problema? Usted puede solicitar una audiencia.

Si piensa que estamos equivocados o tiene información nueva, tiene derecho a una audiencia. Debe pedir esta audiencia en un plazo de 60 días (ó 90 si tiene un buen motivo para demorarse). Esta audiencia es una reunión en la cual se revisa su caso y se le dan los beneficios que corresponden, si es que éstos no eran los correctos.

Llame o escríbale a su asistente social para pedirle una audiencia. Se realizará una audiencia local en el plazo de 5 días a partir de su solicitud, a menos que pida que la pospongan. Ésta se puede posponer, por buenos motivos, por tanto como 10 días calendario. Luego, si piensa que la decisión en la audiencia local es incorrecta, llame o escríbale a su asistente social **EN UN PLAZO DE 15 DÍAS** para pedirle una segunda audiencia. Ésta se realiza ante un funcionario estatal de audiencias.

Si solicita una audiencia sobre una discapacidad, llame o escríbale a su asistente social. No hay audiencias locales, por lo que un funcionario estatal de audiencias realiza las audiencias sobre discapacidad.

¿Sabía que tiene derecho a ser representado?

Alguien puede hablar por usted en su audiencia; esta persona puede ser un pariente, un asistente legal o un abogado que usted debe pagar. **En su comunidad puede haber servicios legales gratuitos disponibles.** Comuníquese con la oficina de Ayuda Legal o de Servicios Legales más cercana o llame gratis al **1-877-694-2464**.

Si tiene más preguntas o inquietudes, comuníquese con su asistente social para obtener información o llame gratis a la Línea de Servicio de Información y Referencias de CARE-LINE al 1-800-662-7030. Si vive en el área de Raleigh, llame al 919-855-4400. Para las personas con discapacidades auditivas también está disponible TDD/Voz mediante el número de CARE-LINE. Su horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

¿Sabía que tiene derecho a ver su registro?

Si lo pide, su asistente social le mostrará (o a la persona que hable por usted) su registro de beneficios antes de su audiencia. Si lo pide, también puede ver otra información para usar en la audiencia. Puede obtener copias gratuitas de esta información. También puede verla nuevamente en su audiencia.



¿Comprende sus derechos?

¿Comprende cómo puede obtener una audiencia? Si tiene alguna pregunta, comuníquese con su asistente social lo antes posible.

No olvide informar sobre todos los cambios al Departamento de Servicios Sociales de su condado dentro de un plazo de 10 días calendario. Si no sabe si un cambio es importante o no, pregúntele a su asistente social. Si no entrega información verdadera o no informa sinceramente sobre los cambios, puede ser culpable de un delito menor o de un delito grave.